UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 105

LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES PELVIENNES CHEZ LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Samedi 22 Décembre 1934

PAR

Charles-Antoine CAMBORDE

Élève du Service de Santé de la Marine

Né le 29 Mars 1909, à Lucq-de-Béarn, (Basses-Pyrénées).

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

PAPIN, professeur ..... *Juges*

CHARRIER, agrégé ..... *Juges*

LOUBAT, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0063

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 105

LE DIAGNOSTIC DES APPENDICITES PELVIENNES CHEZ LA FEMME

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Samedi 22 Décembre 1934

PAR

Charles-Antoine CAMBORDE

Élève du Service de Santé de la Marine
Né le 29 Mars 1909, à Lucq-de-Béarn, (Basses-Pyrénées).

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*
PAPIN, professeur ..... } *Juges*
CHARRIER, agrégé ..... } *Juges*
LOUBAT, agrégé ..... } *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.	Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.	Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZES.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Anatomie	VILLEMIN.	Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Hygiène	LEURET.	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Médecine légale et déontologie	LANDE	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX
Chimie	CHELLE.	Clinique dentaire	CAVALIE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.		
Pharmacie	DUPOUY.		
Zoologie et parasitologie	MANDOUL.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN.		
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES		

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHAVRIER. LOUBAT.
Anatomie	DUFOUR.	Obstétrique	RIVIERE.
Physiologie	FABRE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
		Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
		Physique médicale	WANGERMEZ
		Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE	Ophtalmologie	CABANNES (en congé
Médecine opératoire	PAPIN	Puériculture	FAUGERE
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	VITTE
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRERES

A MA SŒUR

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES

DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE

ET DE LA FACULTE

A Monsieur le Médecin général CAZAMIAN

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MON JURY DE THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE ET GYNÉCOLOGIQUE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE SAINTE ANNE DE RUSSIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse et nous en a inspiré le sujet. Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Avant d'entreprendre l'étude de ce sujet, nous voudrions exprimer notre reconnaissance à tous ceux qui ne nous ont jamais ménagé leurs efforts ni leur peine au cours de nos études.

Et tout d'abord, nous remercions M. le Pr Guyot, dont la bienveillance à notre égard ne s'est jamais démentie; c'est à la clarté et à l'érudition de ses leçons cliniques que nous devons l'inspiration de notre thèse.

Nous devons remercier tout particulièrement M. le Pr Rocher dont les conseils précieux nous ont permis de traiter l'important chapitre du diagnostic chez l'enfant.

Nous remercions également MM. les Prs Bégouin et Loubat qui ont bien voulu mettre à notre disposition les observations de leur service; enfin tous ceux qui, de près ou de loin, nous ont aidé dans ce modeste travail. .

INTRODUCTION

C'est le diagnostic qui est tout dans le traitement d'une appendicite aigue. »

LECÈNE

Cette phrase seule du grand clinicien suffirait à légitimer l'intérêt du travail que nous entreprenons. On pourrait penser en effet qu'il n'y ait plus rien à dire sur un tel sujet.

Mais l'appendicite pelvienne est une maladie grave, dont les signes spéciaux font une entité clinique et dont même à présent le diagnostic est rarement posé dès le début.

Chez la femme particulièrement où le nombre et la nature des affections pelviennes est considérable, ce problème est extrêmement délicat. Et pourtant, on connaît tout l'intérêt que présente un diagnostic précoce en une telle occurrence.

Traitant cette question uniquement du point de vue du diagnostic, nous ne parlerons dans notre travail ni de la pathogénie et de l'étiologie, identiques à celles d'une appendicite banale, ni du traitement.

Cette étude ne pourra être faite avec fruit qu'après une description anatomique et clinique de la maladie. Mais l'existence des formes cliniques susceptibles également de compliquer le problème du diagnostic nous fait un devoir d'en décrire les principales.

Donc, après un rappel historique de la maladie, nous étudierons :

L'anatomie pathologique ;

Le symptomatologie ;

Les formes cliniques ;

Le diagnostic positif et différentiel ;

Les observations.

Nous terminerons par les conclusions que nous tirons de ce travail, envisagé du point de vue du diagnostic.

HISTORIQUE

C'est à la fin du siècle dernier que nous devons la notion d'appendicite pelvienne. Jusqu'à cette époque, les abcès du petit bassin n'étaient pas rapportés à leur origine appendiculaire; les infections utéro-annexielles chez la femme étaient rendues responsables de toutes les suppurations du petit bassin.

Cependant, en 1890, Pozzi cite des salpingo-ovarites secondaires par voisinage à des appendicites localisées dans le petit bassin.

Des chirurgiens américains et Gœtser dans la même année parlent de l'ouverture spontanée de la collection purulente dans le rectum, qu'ils considèrent, à juste titre, comme une éventualité heureuse.

C'est à Poncet et en 1897 que nous devons le terme d'appendicite pelvienne. Vers cette époque, les travaux de Dormoy, d'Esnault, de Mauclaire donnent de nouvelles précisions sur cette maladie qui, par la particularité de sa symptomatologie et de son traitement, s'individualise en forme clinique spéciale dans le grand chapitre des appendicites. Nombre de chirurgiens étudient alors l'influence réciproque de l'appendice et des annexes. Frischt, de Bonn, et Trent ensuite établissent l'origine appendiculaire d'inflammations développées dans le ligament large droit que l'on attribue en général à une lymphangite utérine ou à une infection annexielle.

En 1903, Magniez étudie dans sa thèse l'appendicite pelvienne du point de vue de son évolution et du traitement et en 1908, Sénéchal dans la sienne étudie du point de vue anatomique les modalités de l'abcès pelvien appendiculaire.

Enfin en 1907, à Bordeaux, Perreaux sous la direction de M. le Pr Rocher soutient une thèse sur l'appendisite pelvienne infantile.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'entreprendre l'étude de l'appendicite pelvienne, il ne sera pas mauvais de mettre au point ce que l'on définit par ce terme.

Au cours d'une appendicite aiguë, le péritoine pelvien peut présenter différentes réactions, que nous pouvons ramener schématiquement à trois types :

1° Au cours de toute crise d'appendicite aiguë, bien caractérisée, l'inflammation pelvienne qui peut survenir.

2° L'abcès de la fosse iliaque droite qui évolue peu à peu vers la cavité pelvienne pour y constituer un prolongeme n pelvien de l'abcès iliaque ou un abcès secondaire séparé de son origine.

3° L'abcès résiduel pelvien qui peut survenir à la suite de toute crise d'appendicite.

Tous ces cas-là ne sauraient entrer dans le terme d'appendicite pelvienne. Il faut réserver cette dénomination à l'inflammation d'un appendice qui se trouve dans le petit bassin et appeler abcès pelviens d'origine appendiculaire les autres cas. Il nous faut donc étudier d'abord les formes anatomiques de l'appendicite pelvienne, puis les abcès pelviens d'origine appendiculaire.

Normalement, l'appendicite se trouve dans la fosse iliaque droite, avec différentes variétés de position par rapport au cæcum. Il peut être latéro-cæcal, interne ou externe, ascendant ou descendant, rétro-cæcal et sous-cæcal. Dans cette dernière situation il peut entrer fréquemment en rapport avec les organes du petit bassin. Ce fait anatomique explique la coexistence fréquente des lésions de la trompe et de l'appendice chez la femme, soit que la lésion de l'appendice ait retenti secondairement sur l'ovaire, soit que le phénomène réciproque

se soit produit, échange de mauvais procédés que Segond a dénommé avec esprit le flirt appendiculo-ovarien qui est de notion classique.

Les résultats des différents auteurs qui ont traité de la fréquence du siège pelvien de l'appendice sont assez contradictoires. Cela tient à ce que certaines de ces relations n'ont pas porté sur un nombre de recherches assez élevé, permettant l'établissement d'une statistique. Si l'on prend les statistiques qui, par leur importance, diminuent les risques d'erreur, nous trouvons chez les anatomistes (recherches faites sur le cadavre), une proportion de 30% d'appendices pelviens.

Chez les chirurgiens, la constatation étant faite au cours d'interventions, le pourcentage est beaucoup moins imposant et nous trouvons que sur 100 appendicites opérées, il y en a 17 à forme pelvienne.

Quoi qu'il en soit, l'appendice peut avoir un siège pelvien pour plusieurs raisons :

1° Sa longueur exagérée, coexistant avec un méso lâche et mobile, qui fait que l'extrémité libre de l'appendice peut entrer facilement en relation avec les organes sous-cæcaux, et justement avec les viscères du petit bassin, l'appendice n'étant iliaque que par sa base.

2° Sa position pelvienne peut provenir d'une ptose du cæcum, elle-même faisant partie d'une ptose viscérale généralisée. Ceci se passe fréquemment ainsi chez les femmes qui ont maigri.

3° Enfin et c'est le cas le plus fréquent, cette disposition est congénitale, s'expliquant par un fait d'ordre embryologique. Normalement en effet, et avant l'accolement du cæcum au péritoine pariétal par la lame de Toldt, le cæcum descend de la position sous-hépatique à la fosse iliaque droite. C'est un excès de ce phénomène normal qui fait du cæcum un organe pelvien, ainsi que de l'appendice qu'il a entraîné.

Dans nos observations, nous avons un cas typique de cæcum long de 10 centimètres, très mobile, ptosé presque jusque dans le cul-de-sac de Douglas, accompagné d'un appendice long de 13 centimètres, qui contractait des rapports étroits avec la face postérieure de l'utérus (Observation XIII).

Christidi, de Bucarest, dans la *Revista de Chirurgie* de mai-juin 1933, rapportait chez une femme, un cas, pense-t-il unique, d'appendicite pelvienne extra-péritonéale dont nous reproduisons l'observation (Observation XIV).

Chez l'enfant, il semble que l'appendicite pelvienne soit plus fréquente que chez l'adulte. Il faut considérer que la pathogénie et l'étiologie des appendicites pelviennes et des appendicites banales étant identiques, leur maximum de fréquence selon l'âge se trouve également entre 10 et 15 ans.

Il y a peut-être cependant un facteur anatomique capable d'expliquer ce fait. Certains auteurs ont cru pouvoir prétendre que le cæcum et par suite l'appendice occupe une situation d'autant plus basse que le sujet est plus âgé. Il y aurait donc en ce cas plus d'appendices à siège pelvien chez l'adulte que chez l'enfant. Mais il faut tenir compte de ce que l'appendice chez l'enfant est aussi long que chez l'adulte. C'est un organe régressif plutôt et qui ne se développe guère avec l'âge. Au contraire, le développement des organes avoisinants et surtout du tissu osseux fait que relativement l'appendice est plus long chez l'enfant que chez l'adulte. Tout en étant iliaque par sa base, son extrémité libre ira plus facilement lécher les organes du petit bassin, d'autant mieux que chez l'enfant la variété sous-cæcale est plus fréquente que chez l'adulte.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, ce qui est important, c'est la position haute ou basse de l'appendice enflammé. Dans la variété basse, la plus fréquente, la collection suppurée se collectera dans le cul-de-sac de Douglas, et sera facilement circonscrite par les adhérences qui empêcheront la diffusion au péritoine général. De plus les signes pelviens constants aiguilleront vers le diagnostic.

Dans la variété haute, au contraire, la collection purulente se formera au devant du promontoire, profondément; elle sera difficile à déceler à cause des anses intestinales placées au-devant ,et aussi parce que placée trop haut pour être atteinte au toucher rectal ou vaginal. Elle évoluera donc souvent à bas bruit, sans beaucoup de signes extérieurs et elle n'aura pas toujours tendance à se circonscrire ou à descendre

dans le Douglas. Elle est redoutable par la discrétion de ses signes et le grand risque de diffusion auquel elle expose.

Les lésions de l'appendice, sont tout à fait banales. Elles dépendent de l'époque dans l'évolution de la maladie où l'on a pratiqué son examen, et vont de la simple turgescence congestive à la nécrose en passant par tous les intermédiaires : distension partielle ou totale par un empyème, perforation d'une plaque de sphacèle, foyer de nécrose qui, s'étendant autour d'un calcul stercoral, arrive à entraîner l'amputation de l'organe.

Quant à sa présence dans l'abcès, sa fréquence est tout à fait variable. Piard distingue en effet ce qu'il nomme :

a) L'abcès pelvien péri-appendiculaire.

b) L'abcès pelvien para-appendiculaire.

Ces abcès pelviens appendiculaires ont été groupés par Pauchet suivant quatre variétés anatomiques distinctes :

1° Abcès uniquement pelvien. Il est situé dans le Douglas, séparé de la grande cavité péritonéale par un dôme d'adhérences. Il répond à l'utérus et au vagin en avant, au rectum en arrière.

2° Abcès ilio-pelvien. — La collection occupe à la fois le petit bassin et la fosse iliaque droite. C'est soit un abcès primitivement iliaque qui a fusé dans le pelvis, ou au contraire un abcès pelvien qui, par son développement a reflué dans la fosse iliaque, et alors, c'est aussi bien la gauche que la droite. Enfin, deux abcès évoluant chacun pour son propre compte, l'un dans le bassin, l'autre dans la fosse iliaque et qui se sont mis en communication. C'est l'abcès en sablier, le détroit supérieur marquant l'étranglement.

3° Abcès indépendants. Dans ce cas, les deux abcès pelviens et iliaques n'ont pas de communication, et le pus peut en être différent d'aspect et d'odeur.

4° Vaste collection. Toute la cavité pelvienne est remplie de l'abcès qui déborde même sur les fosses iliaques droite et gauche. C'est l'abcès en champignon.

On peut en varier encore les types à l'infini, et dans sa

thèse, Sénéchal qui a étudié en grand détail les formes anatomiques de l'abcès pelvien, décrit également :

L'abcès pelvien étoilé, dont l'une des branches est pelvienne, l'autre rétro-cæcale, remontant vers le foie et le rein, la troisième allant vers l'ombilic, l'appendice en formant le centre.

Les abcès multiples, enkystés parmi les anses grêles.

L'abcès pelvien accompagné de péritonite généralisée.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous avons vu déjà par les chapitres précédents qu'il faut distinguer deux formes d'appendicite pelvienne : haute et basse. Ces deux types anatomiques distincts n'auront cliniquement ni les mêmes signes, ni la même évolution. On ne saurait toutefois donner à ces deux types autant d'importance, car leur fréquence est loin d'être équivalente.

Dans la variété basse, les signes sont assez caractéristiques et suffisamment constants pour que le diagnostic en soit posé avec certitude, à l'occasion même de la crise, au début de l'évolution de la maladie. C'est de beaucoup celle que l'on rencontre le plus souvent, et par suite, c'est à elle que nous devons l'étude la plus approfondie.

La variété haute, au contraire, a un début insidieux, trompeur au point que, si l'on peut la soupçonner, rien parfois ne permet de l'affirmer. Elle ne présente aucune entité symptomatique ; elle est par suite riche en erreurs de diagnostic et de pronostic. Elle est dangereuse, car c'est seulement au moment d'une complication qu'elle éclate aux yeux, et cette complication est la péritonite généralisée si redoutable. Elle est, heureusement, plus rare que la première variété.

A. **Appendicite pelvienne basse**

1. *Début.* — Le début de la crise appendiculaire à type pelvien bas est variable. Il est cependant assez caractéristique pour qu'on puisse le décrire comme une crise. Cette crise rappelle par beaucoup de points la crise d'appendicite banale, principalement par les symptômes généraux ; elle en diffère par contre en ce que les symptômes locaux abdominaux font souvent défaut et sont remplacés par des signes analogues à ceux des inflammations du petit bassin : troubles rectaux et vésicaux.

La crise est donc caractérisée par une douleur soudaine, très vive, de siège abdominal, et qui apparaît parfois avec une grande brutalité, le sujet présentant auparavant une santé parfaite en apparence. Parfois, cependant ont existé des signes prémonitoires : état nauséeux, malaises vagues, vertiges qui sont la signatre d'un état infecteux intestinal. Cette douleur, plus ou moins brusque, est suivie de l'installation des divers signes communs à toute appendicite et apparaissant eux-mêmes tantôt lentement, tantôt avec une rapidité qui donne à la maladie une allure dramatique. Ce sont les vomissements, la fièvre et l'accélération du pouls.

La douleur est un symptôme important. Elle est violente dans le bas-ventre et du côté droit. Souvent elle est généralisée, toujours progressivement croissante. Son siège n'est pas toujours très net et fréquemment elle est médiane, aussi, forte à gauche qu'à droite, dans la région hypogastrique. Elle peut être irradiée dans la région lombaire et vers la cuisse droite. L'examen de la douleur provoquée peut nous donner également des renseignements, mais ils sont parfois déconcertants.

La douleur au point de Mac Burney, projection sur la paroi abdominale de la sensibilité appendiculaire et cæcale, manque souvent, alors que dans les autres formes d'appendicites ce symptôme est d'une grande importance. Parfois, cependant, il existe une douleur en ce point, mais elle n'a pas ce caractère exquis et elle est souvent accusée en d'autres points, parfois symétriques.

Quant à la douleur recherchée au point de Lanz, qui est le repère anatomique du siège normal de l'appendice, elle ne semble pas constante, et il est difficile de lui attribuer une grande importance. Surtout ce n'est pas sur elle qu'il faut compter si l'appendice est à siège pelvien.

Il existe cependant un caractère assez constant de la douleur. Elle est progressivement croissante, se généralise à tout l'abdomen pour se localiser secondairement le plus souvent dans la région sus-pubienne, dans la partie basse et médiane de l'abdomen. Quant à la palpation de la fosse iliaque droite et de tout l'abdomen, de même d'ailleurs que la percussion,

elle ne nous apprend rien et reste sans résultats dans la plupart des cas. On n'y trouve en effet ni la douleur locale, ni l'hyperesthésie cutanée, ni la contracture. Parfois il existe un peu de défense musculaire, mais rarement de la contracture avérée.

Les vomissements sont de fréquence et d'intensité variables. Il semble qu'en moyenne, ils soient moins fréquents et moins tenaces que dans la crise d'appendicite normale, et ils cèdent souvent par la diète et l'application de glace sur le ventre.

Ces signes rectaux et vésicaux attirent donc l'attention vers le petit bassin, et si l'on demande à la malade de faire une inspiration forcée, cet acte est brusquement arrêté dans son amplitude par le réveil d'une douleur vive à siège rétro-vésical, qui précise encore les recherches.

Le toucher, rectal chez la fillette ou la femme vierge, vaginal dans les autres cas, donne la clef du diagnostic. C'est en effet de cet examen, combiné au palper abdominal que l'on tire les plus précieux renseignements. On doit d'ailleurs toujours le faire, même si l'on n'y était pas conduit par l'existence des signes pelviens. Cet examen, à l'exploration du Douglas est très douloureux.

Chez l'enfant, à cette période du début de l'affection, on trouve à bout de doigt une tuméfaction dans le cul-de-sac de Douglas, tendue, dure, douloureuse, parfois d'un petit volume souvent mal circonscrite. Son siège en général est non pas médian, mais latéro-rectal droit (Observations V-VII).

Chez l'adulte, on trouve un utérus fixé, un empâtement du cul-de-sac droit, douloureux, tendu, effacé, le cul-de-sac gauche étant souple, libre et indolore (Observations XI-XII).

Dans tous les cas, le simple fait de la dysurie, da la douleur à l'exploration du cul-de-sac de Douglas chez une malade qui a présenté les symptômes généraux d'une crise appendiculaire, et même si l'examen abdominal minutieux, percussion et palpation n'a rien révélé, doit faire penser au diagnostic d'appendicite pelvienne. Celui-ci, quoique classique, est assez souvent méconnu au début de la maladie, et c'est trop souvent à un stade plus avancé que l'on est appelé à examiner la malade.

De même, la fièvre et l'accélération du pouls sont moins accusés, l'état général est souvent meilleur que dans la crise banale. Pendanf la crise, la malade présente pourtant le facies abdominal, les yeux excavés, le nez pincé, l'expression angoissée qui indiquent l'atteinte péritonéale. C'est en effet que si les signes locaux sont discrets et disproportionnés avec les symptômes généraux, il existe dès le début de la crise des signes marqués de pelvi-péritonite. Ceux-ci sont d'une très grande importance pour l'orientation du diagnostic.

Les signes pelviens sont de deux ordres : vésicaux et rectaux.

Dans la période de début, les signes vésicaux sont les plus constants. Leur importance a été relatée par Reynès dès 1900. Ils peuvent être très variables en intensité depuis la simple pollakiurie sans douleur vésicale, jusqu'à la rétention complète d'emblée nécessitant le sondage. Le plus souvent, on observe de la difficulté à la miction, celle-ci est parfois incomplète, mais il peut y avoir de la cystite et de la pyurie. La douleur et la fréquence des mictions doivent être attribuées à la péri-cystite. Celle-ci se montre souvent dès la crise et se prolonge parfois jusqu'à l'ouverture de l'abcès pelvien. Parfois il se produit une anurie complète (Observation III).

Les signes d'irritation rectale sont moins constants à la période du début. Elle aussi peut présenter tous les degrés; au début ils sont rarement très accusés. Parfois cependant dès la crise, il existe une diarrhée glaireuse ou au contraire une constipation opiniâtre. Parfois également il n'existe qu'une simple douleur à l'émission des gaz.

Evolution. — On est donc conduit à dire quelques mots de l'évolution de cette maladie. Après la crise, différentes éventualités peuvent se produire. Elles ne sont pas toutes cependant également probables. L'inflammation peut évoluer soit vers la résolution, soit vers la diffusion, soit vers la suppuration.

a) *Résolution.* — Dans ce cas, au bout de deux ou trois jours parfois plus longtemps, il se produit une sédation des phénomènes douloureux, arrêt des vomissements, émission

des matières et des gaz, retour de la température et du pouls à la normale. La malade retrouve peu à peu l'usage normal de ses fonctions intestinales et urinaires, et guérit parfois assez rapidement.

Au toucher, la masse dure diminue de volume, puis finit par disparaître totalement (Observation V). Dans cette observation la résolution s'est faite par l'application d'un traitement médical. L'évolution du foyer infectieux a été surveillée par des examens méthodiques successifs.

La guérison totale est parfois si rapide qu'il est par la suite difficile d'attribuer à l'appendicite des symptômes qui ont cédé si facilement et l'on n'ose pas poser rétrospectivement le diagnostic d'appendicite pelvienne. Elle n'est d'ailleurs pas fréquente et il serait imprudent d'y compter dans la grande majorité des cas.

b) *Diffusion.* — Dans la variété d'appendicite pelvienne basse, les risques en sont rares d'emblée. La disposition anatomique du foyer fait que le risque de généralisation à tout le péritoine de l'infection, n'est guère plus grand que dans un cas de pelvi-péritonite d'origine salpingienne. Il y a tendance au contraire à l'enkystement de l'infection par la formation d'un toit d'adhérences qui empêchent toute communication entre le foyer et le péritoine général. Mais là, il faut tenir compte d'autres éléments, médiocrité du terrain, virulence exaltée d'une flore microbienne gangréneuse qui ne laisse pas à l'organisme le temps d'opposer de résistance par la rapidité des dégâts commis. Ce sont les cas graves avec sphacèle et perforation suivie rapidement d'une inoculation septique virulente et massive de tout le péritoine.

Il est de règle que cette diffusion quand elle se produit ait été précédée d'une accalmie trompeuse, au point que Chambard a pu décrire en 1922 l'appendicite en deux temps. Ces deux temps, étant le premier la crise, plus ou moins accentuée; malaises plus ou moins vagues, vomissements, dysurie, qui se termine rapidement et facilement par un deuxième temps de sédation, complète parfois au point que

le malade a repris ses occupations. Souvent c'est une purgation qui a réveillé le processus infectieux latent et provoqué la diffusion. Alors se déclenchent tous les accidents de la péritonite aiguë généralisée : élévation de la température, douleur violente généralisée, vomissements incessants, arrêt des gaz et des matières, facies très altéré, signes dont l'apparition indique l'urgence d'une opération parfois déjà trop tardive.

c) *Suppuration.* — Mais ni l'une ni l'autre de ces éventualités déjà étudiées n'est de règle. En général l'infection même virulente se circonscrit en un abcès pelvien.

Celui-ci s'annonce au bout de quelques jours par une reprise progressive des signes généraux qui avaient plutôt tendance à s'atténuer. La température remonte, devient oscillante, s'accompagne de rapidité du pouls, de petits frissons, de malaise. La douleur devient violente, son siège est franchement pelvien, les troubles vésicaux s'accentuent, et tandis qu'au début le plus fréquemment il existait de la constipation, celle-ci est remplacée par une diarrhée glaireuse abondante, signe avant-coureur de l'ouverture de l'abcès dans le rectum. Il se produit également une forte hyperleucocytose avec augmentation des polynucléaires neutrophiles.

Au toucher rectal, l'empâtement tendu, douloureux et diffus est remplacé par une masse fluctuante qui bombe dans le rectum.

Au toucher vaginal, les culs-de-sac latéral droit et postérieur sont effacés et refoulés par la collection qui est fluctuante. Par contre, le cul-de-sac gauche est vide; l'utérus est fixé, sa mobilisation est douloureuse.

Si l'abcès reste pelvien, on n'obtiendra pas de renseignement par la palpation de l'abdomen, sinon une légère défense de la paroi musculaire dans la zone sus-pubienne et médiane. Par contre, si l'abcès tend à remonter au-dessus de la vessie ou latéralement dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, il se formera des zones d'empâtement ou même de véritables plastrons de siège sus-pubien ou iliaque au-dessus de l'arcade crurale.

L'abcès pelvien est donc constitué; comment va-t-il évoluer? Quand la collection est petite, corconscrite dans le Douglas, la résolution complète en est possible. Mais il ne faudrait pas croire qu'elle se fasse sans provoquer des accidents. Ceux-ci sont fréquents et de deux ordres, toxiques ou occlusifs, également graves.

Les premiers sont dus à la résorption des toxines produisant des accidents toxhémiques. Il est arrivé ainsi que la réaction péritonéale ayant cessé rapidement, en quelques jours, avec retour à la normale des phénomènes généraux, du pouls, de la température, il se soit produit des lésions graves du foie et du rein. Ces intoxications secondaires à une appendicite sont particulièrement fréquentes dans les formes pelviennes et rétro-cæcales. Bérard l'a fait remarquer et il l'attribue à ce que « l'infection intra et péri-appendiculaire évoluant à bas bruit se trouve abandonnée à son évolution naturelle et a tout le temps d'imprégner l'organisme ».

Les phénomènes occlusifs également ne sont pas rares dans l'évolution spontanée de l'abcès pelvien. Au début, ils sont facilement expliqués par la loi de Stokes : paralysie de la musculature qui avoisine le foyer infectieux. Mais par la suite, ils peuvent être dus à l'enserrement par des adhérences inflammatoires d'une partie du conduit intestinal, parfois la plicature d'une anse grêle ainsi qu'il est rapporté dans une observation publiée par Bénéton dans sa thèse.

Mais les cas où l'abcès constitué se résorbe sont rares et il ne faut pas compter sur une éventualité si hasardeuse. En règle générale, c'est vers l'ouverture spontanée qu'évolue naturellement l'abcès pelvien; chez la femme, cette ouverture peut se faire :

1° dans le péritoine général;
2° dans le rectum;
3° dans la vessie;
4° dans le vagin;
5° dans la trompe;
6° à la peau.

1° Au péritoine. C'est un accident extrêmement grave. Mais cet accident ne se produit que très rarement lorsque l'abcès pelvien est bas situé. Nous avons déjà insisté sur les raisons anatomiques qui expliquent ce fait. Cependant, bien que rare, cet accident peut se produire et Santy a montré qu'il ne fallait pas se fier toujours à la solidité du barrage formé par l'épiploon et les anses grêles agglutinées qui forment un toit protecteur au-dessus de l'abcès. Principalement, si l'abcès est volumineux, un effort de défécation, une quinte de toux, parfois même un simple changement de position du malade provoque la rupture de la poche et la diffusion de l'infection. Cet accident a été relaté par Caillet, dans sa thèse. Santy rapporte également que, malgré le drainage rectal et, pense-t-il, peut-être à cause de lui, le barrage s'étant effondré au-dessus de l'abcès volumineux par son évacuation brutale, il avait vu se produire dans deux cas une diffusion de l'infection au péritoine.

2° L'ouverture dans le rectum. Il y a des signes qui permettent d'en prévoir l'imminence. Il se produit du ténesme, une diarrhée glaireuse que l'on a comparée à du blanc d'œuf, à de la gelée de pommes. L'anus est béant, sa marge est boursouflée, il laisse suinter un mucus clair. Au toucher, on constate un œdème accusé de la muqueuse rectale, la collection fait saillie dans l'ampoule rectale. Cette évacuation peut être brutale, se produisant en général à l'occasion d'un effort de défécation ; il se produit alors une brusque débâcle diarrhéique très fétide et à caractère purulent. D'autres fois, c'est une simple fissuration dans le rectum qui se produit, et qui passe plus ou moins inaperçue. Cependant, les selles sont plus ou moins liquides et l'attention serait attirée par l'extrême fétidité des matières, si l'on ne pouvait déceler le mélange de pus avec les selles.

Lorsque l'abcès se vide bien par la voie rectale, il se produit très rapidement une sédation des accidents vésicaux et des phénomènes généraux. La température et le pouls redeviennent normaux, il se produit une amélioration marquée de l'état

général, et assez souvent la guérison s'ensuit. Pour une appendicite pelvienne méconnue et négligée, c'est une éventualité somme toute heureuse et bien supérieure à toutes les autres.

3° Si l'abcès a tendance à s'ouvrir par la vessie, les signes de cystite deviennent très marqués. Après la simple péricystite du début traduite par la pollakiurie, la rétention ou même simplement la difficulté à la miction, on voit s'installer des signes de cystite caractérisée. Les envies d'uriner deviennent impérieuses, les mictions extrêmement douloureuses, l'urine se trouble et contient parfois du sang. Les recherches de Reymond ont pu préciser que les germes microbiens traversaient effectivement la paroi vésicale pour se loger et cultiver dans l'épithélium. Il existe donc de la cystite avant même l'ouverture de la collection dans la vessie. Les urines troubles, diminuées en quantité révèlent la présence du colibacille à l'examen batériologique. Quand la perforation s'est produite, le malade présente une douleur aiguë et évacue une urine purulente extrêmement fétide. Il présente souvent également fécalurie et pneumaturie.

Si le drainage est suffisant, là également comme dans le cas d'ouvertue par le rectum, le malade peut s'acheminer vers la guérison spontanée, beaucoup moins souvent cependant et il y a une beaucoup plus grande tendance à la persistance d'une fistule. Caillet dans sa thèse, observe la guérison spontanée dans un quart des cas seulement (11 guérisons spontanées sans persistance de fistule sur 43 perforations vésicales). Dans les autres cas, avec persistance d'une fistule, la guérison spontanée ne peut plus s'obtenir mais au contraire, il se produit de nombreuses complications dans la sphère urinaire et toutes très graves; elles mettent rapidement la vie de la malade en danger. Tout d'abord l'hématurie, puis les calculs vésicaux et la pyélonéphrite ascendante. Il est nécessaire d'agir sur la cause, la fistule se tarit après ablation de l'appendice. L'ouverture par la vessie, rare chez l'adulte est plus fréquente chez l'enfant. Elle se voit aussi fréquemment que l'ouverture dans le rectum, mais elle est moins favorable, et les guérisons spontanées sont plus rares.

4° Dans le vagin, l'ouverture spontanée est rare. Quand elle va se produire, on a les mêmes signes d'irritation rectale que d'habitude. La collection tombe dans le vagin comme dans le rectum, et si elle s'ouvre beaucoup plus souvent par voie rectale, il faut attribuer cela à la solidité plus grande du cul-de-sac postérieur du vagin, paroi qui est douée d'une certaine épaisseur. Quand elle arrive à se produire, il y a également ouverture concomitante dans le rectum ou la vessie. Lorsqu'elle s'est produite seule, par contre, elle est plus favorable que l'ouverture dans la vessie mais elle tend moins facilement vers la guérison spontanée que l'ouverture par voie rectale.

5° L'ouverture d'un abcès appendiculaire dans la trompe droite est extrêmement rare. Le pus dans ce cas se draine par l'utérus et le vagin. On n'en connaît dans la littérature que deux observations rapportées l'une par Jalaguier, l'autre par Morison.

6° L'ouverture à la peau ne se rencontre plus guère. Elle ne saurait se produire dans le cas d'un abcès situé en entier dans le bassin. Elle peut par contre se produire dans le cas d'un abcès ilio-pelvien. Mais nous n'en voyons plus car l'on intervient tôt et l'on ne rencontre plus aujourd'hui les énormes abcès qui remplissant le petit bassin remplissaient les deux fosses iliaques, la « vaste collection » de Pauchet, car alors on poussait parfois à l'extrême l'abstention opératoire, et l'abcès arrivait à se faire issue à la peau.

Enfin, l'ouverture de cet abcès peut se faire à la fois dans deux ou même plusieurs viscères différents. Dans tous les cas, si le drainage ainsi pratiqué par la nature est imparfait, ce qui est fréquent, il se constitue des abcès à rechutes. Parfois également, il se produit un état pyohémique redoutable avec productions de métastases suppurées. Legry et Bigot citent un exemple d'abcès du foie consécutif à une appendicite pelvienne méconnue.

Si la guérison survient, il subsiste des séquelles cicatricielles, telles qu'une rétroversion utérine adhérente, un diverticule

vésical ou des crises d'obstruction intestinale qui nécessitent parfois une intervention d'urgence. Il est à considérer toutefois que si l'évacuation spontanée de l'abcès a entraîné la guérison et quand bien même celle-ci semblerait s'être faite dans les conditions les plus avantageuses, il faudra toujours craindre pour l'avenir le retour d'une inflammation ultérieure dont on ne peut se garantir qu'en supprimant sa cause en pratiquant l'ablation de l'appendice à froid.

B. Appendicite pelvienne haute.

Début. — Dans cette variété, le syndrome clinique est parfois tellement fruste que généralement ce n'est pas au début que l'on en pose le diagnostic. Si dans la variété déjà étudiée d'appendicite pelvienne on peut parler de crise, ici on ne peut guère dénommer ainsi le début de la maladie. Elle peut débuter de deux façons schématiquement, simulant, soit un embarras gastrique fébrile soit une occlusion intestinale à évolution subaiguë.

Dans le premier cas, les signes ne s'installent pas avec fracas, mais par un état prémonitoire nauséeux, de la fièvre, des malaises vagues. Puis apparaissent des coliques, de la difficulté à rendre les gaz, la malade est un peu fatiguée, les traits sont légèrement tirés, la température s'élève vers 38°. Pourtant le pouls est bien frappé, pas très accéléré et il est difficile de soupçonner sous un masque aussi bénin une maladie alarmante.

A l'examen de la malade, la percussion et la palpation de l'abdomen en révèlent rien. La paroi est souple; il y a parfois un peu de ballonnement, pas de défense musculaire, encore moins de contracture. La palpation de la fosse iliaque et du creux lombaire au-dessus de la crête iliaque reste sans réponse. Il arrive pourtant qu'on puisse déceler mais à la pression profonde une légère sensibilité avec défense de la paroi musculaire dans la région hypogastrique.

Le toucher, rectal ou vaginal, ne révèle rien, le foyer infectieux est situé hors de l'atteinte du doigt qui explore.

On a vu dans certains cas débuter avec des signes aussi discrets que ceux que nous venons de voir, des formes d'appendicites pelviennes qui se sont révélées par la suite d'une grande gravité.

Dans l'autre cas, la constipation s'installe, l'arrêt des gaz se produit pour devenir absolu, le ventre se ballonne. L'état général s'altère, la température s'élève, le pouls s'accélère. Mais tous ces signes n'ont apparu que sur un long espace de temps entrecoupé de crises et d'accalmie. Il se produit des sédations avec émission de gaz qui soulagent la malade. Mais la reprise des phénomènes qui ont tendance à s'aggraver, et l'altération de l'état général qui en résulte font recourir à l'intervention. C'est à cette occasion seulement que l'on découvre le foyer d'infection. Il est situé au-devant du promontoire, profondément, caché sous les anses intestinales ballonnées qui empêchent de le déceler par la palpation abdominale, trop haut pour être atteint au toucher.

Evolution. — Ce foyer infectieux, tout comme dans la forme précédente, peut évoluer soit vers la résolution, soit la diffusion, soit enfin vers la suppuration.

a) *Résolution.* — Malgré sa situation qui le prédispose à la diffusion, ce foyer pelvien haut a pu parfois guérir par un refroidissement progressif sans qu'il se fût produit de complications. Pissavy a publié une observation dans laquelle la sédation s'est produite vers le sixième jour avec dégagement spontané des gaz et des matières. Ce n'est que l'intervention chirurgicale pratiquée deux mois plus tard qui a montré la présence d'un appendice pelvien haut situé fixé par un réseau serré d'adhérences inflammatoires.

b) *Diffusion.* — En général, les événements suivent malheureusement un tout autre cours et alors que l'on avait porté un diagnostic bénin d'embarras gastrique fébrile ou de gastro-entérite banale, la péritonite diffuse éclate brusquement. Les signes se précipitent et l'opération est souvent faite trop tard.

c) *Suppuration.* — Mais malgré de tels risques, la diffusion

ne se produit pas toujours et l'abcès se forme, sans que l'on ait souvent pu soupçonner sa présence, tant la marche de la maladie a été insidieuse. Mais cet abcès entouré d'anses grêles agglutinées est toujours une menace redoutable, et difficile à déceler. Les anses intestinales météorisées empêchent son exploration et le toucher n'y atteint pas. Parfois à bout de doigt on arrive à le sentir et l'on a pu suivre sa diffusion vers le bas, lorsque, par cas heureux, elle se produit. A ce moment la maladie offre secondairement les signes du type pelvien bas déjà étudié. Ou bien encore, il fusera vers l'une ou l'autre des fosses iliaques, car il est arrivé que l'on ait trouvé un plastron inflammatoire à gauche sans que l'appendice y fût situé et déjà en 1890, Lance avait attiré l'attention sur ce point dans une communication publiée au *Bulletin de la Société anatomique.*

Tels sont en définitive les deux grands types classiques qu'il faut distinguer dans l'appendicite. Ce sont des types anatomiques. Mais on ne saurait classer si succinctement les faits si complexes parfois que présentent certaines modalités de la maladie. De plus, la prédominance de tel symptôme aux dépens des autres, nous fait un devoir d'étudier à présent les différentes formes cliniques.

FORMES CLINIQUES

Il est d'autant plus nécessaire d'étudier les formes cliniques de l'appendicite pelvienne, que si l'attention est attirée par un signe prépondérant qui masque des signes plus discrets, il est possible que l'on soit induit en erreur dans le problème du diagnostic. D'autant que l'existence de formes atypiques vient encore le compliquer.

Dans la plupart des cas, ce sont les signes d'appendicite qui se montrent discrets, et cela même dans les formes typiques de la maladie. Il n'y a pas eu souvent de crise à proprement parler, mais simple état nauséeux sans altération de l'état général, avec une température à peine au-dessus de la normale. Et c'est par des signes d'occlusion ou vésicaux que semble débuter la maladie. Morison, pour expliquer ce fait, pense que c'est l'occlusion de l'appendice qui détermine les accidents de la crise, et que dans l'appendicite pelvienne cette éventualité se produit moins souvent. L'appendice présente souvent dans ce cas une disposition fœtale et s'ouvre largement dans le cæcum, il se vide par suite facilement. Les signes du début sont alors très discrets et l'abcès se forme et s'enkyste pes les processus d'adhérence d'une façon silencieuse. Ce n'est qu'après sa formation que se produisent les accidents pelviens qui semblent faire partie du début. Ces accidents sont à forme soit de cystalgie, soit occlusifs, soit diarrhéiques.

A. **Forme cystalgique**

Il est rare de rencontrer cette forme chez l'adulte. Elle est plus fréquente chez l'enfant. C'est par des symptômes d'irritation vésicale très marquée qu'elle semble débuter, la forma-

tion de l'abcès étant faite silencieusement. Elle en arrive de ce fait à simuler une cystite banale.

La douleur rétro-pubienne, au lieu de ne se faire sentir que dans l'inspiration forcée, est ici continuelle, gravative. Les envies d'uriner sont impérieuses, les mictions s'accompagnent d'une vive douleur. La quantité des urines diminue, les mictions sont incomplètes. Il se produit une rétention et le résidu urinaire ne tarde pas à s'infecter et à devenir rapidement purulent, puis sanglant. Parfois même la rétention est absolue.

On trouve alors à l'examen un globe vésical tendu, douloureux qui empêche l'exploration convenable de l'abdomen. Le sondage qui est nécessaire ramène des urines troubles diminuées en volume, infectées de colibacille avant même que l'abcès se soit ouvert dans la vessie. C'est seulement le drainage de la collection purulente qui ramène le retour de mictions spontanées (observation V). J. Groom en 1924, rapporte une observation d'un cas typique de ce genre, chez une fillette de 7 ans, que nous avons reproduite (Observation XV). Ce sont ces formes-là qui, négligées ont tendance à s'ouvrir dans la vessie. Et si elles ont l'air de débuter par les phénomènes dysuriques, nous voyons qu'en fait il n'en est rien ; la plupart du temps l'abcès est déjà collecté.

B. Forme occlusive

Celle-ci, moins fréquente chez l'enfant où la forme à prédominance de signes vésicaux est la plus fréquente, prend en fréquence la première place chez l'adulte. Elle peut, dès le début en imposer pour une occlusion intestinale. Nous avons vu que cette occlusion est un accident fréquent au cours de la maladie, surtout dans la période où se forme l'abcès. Mais son apparition est bien variable, et elle peut s'installer d'emblée dès la crise ou même au début de celle-ci, ou bien tardivement lorsque tous les symptômes ont rétrocédé.

Quand elle se produit dès le début, il y a d'emblée arrêt des matières et des gaz, le ventre se ballonne, la malade présente des nausées, puis des vomissements qui vont croissant,

d'abord faciles puis bilieux et épais; il y a souvent du hoquet. La douleur, constante et plus ou moins vive, se localise. Cette occlusion peut céder parfois d'elle-même. Le dégagement des gaz soulage le malade, l'état général s'en trouve vite amélioré; ceci arrive si le foyer évolue vers la résolution. Parfois aussi cette occlusion est un facteur de la diffusion, les adhérences protectrices sont tiraillées par la météorisation des anses intestinales et la rupture du barrage d'adhérences se produit; le péritoine général est inoculé par le pus du foyer infectieux. Au cours de l'infection, elle est facilement expliquée comme la rétention d'urine d'ailleurs par la paralysie d'une musculature voisine d'un foyer infectieux, phénomène connu classiquement sous le nom de loi de Stokes.

Parfois, ce sont les brides d'adhérences elles-mêmes qui forment l'obstacle ou la poche de pus. Cependant si les adhérences datent de l'infection en cours elle ne sauraient être suffisamment résistantes pour former un obstacle si difficile à franchir. La cause de l'obstruction est alors mixte et au barrage mécanique vient s'ajouter la paralysie intestinale due au foyer infectieux avoisinant.

Enfin, l'occlusion pourra se produire tardivement par des séquelles cicatricielles qui forment des brides solides qui arrivent à enserrer ou à couder une anse grêle. Dans ce cas, au contraire on ne constate plus de la paralysie intestinale, mais au contraire une exagération du péristaltisme. Les ondes augmentent de force et de fréquence pour essayer de surmonter l'obstacle et la malade souffre de coliques généralisées.

C. Forme diarrhéique

Dans cette forme, et souvent dès le début, il apparaît des signes d'irritation intestinale aiguë, parfois à l'exclusion des signes vésicaux et les signes abdominaux peuvent être masqués. Nous avons distingué qu'au cours d'une appendicite pelvienne, cette irritation était de règle dans l'évolution de la maladie, et qu'elle était même un bon signe avant-coureur de l'ouverture imminente de la collection pelvienne dans le

rectum. Il est encore ici aisé de comprendre que la formation de l'abcès étant souvent latente, les diarrhées glaireuses puissent passer pour un symptôme de début.

La malade présente alors une diarrhée profuse, qui s'accompagne de ténesme et d'épreintes. Les selles sont glaireuses et ressemblent à de la gelée de pommes ou du blanc d'œuf. Et c'est ainsi que si les signes d'infection appendiculaire ont été assez discrets, il a été possible de prendre cette forme pour une typhoïde ou une dysentérie tout au moins à la période de début. C'est encore ici le toucher qui montrera la poche fluctuante du Douglas bombant dans le rectum et redressera le diagnostic.

Telles sont les formes cliniques de la maladie. Elles sont constituées surtout par la prédominance d'un symptôme normal au cours de la maladie type. Mais bien souvent, les résultats fournis par l'examen sont bien plus contradictoires. Et parmi ceux-ci il nous paraît bon d'insister sur une forme qui ne s'accompagne pas d'accélération du pouls. Tout le monde connaît l'importance que l'on doit attribuer à un symptôme si important en clinique. Mais dans ce cas, ce pouls normal accompagne une affection au contraire extrêmement grave, et l'on voit dès lors toutes les graves conséquences que peut entraîner ce symptôme si paradoxal. Ce fait déjà signalé par Sauvé dans les débuts de péritonite a été interprété par Jeanneney et Piéchaud, et ils donnent à l'appui de leur communication 5 observations d'états graves abdominaux, deux appendicites gangréneuses, une contusion de l'abdomen, une rupture de grossesse ectopique, un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. Dans les 2 premiers cas le pouls est de 60 au moment où l'on examine les malades. Dans aucun des autres cas cités, le pouls ne dépasse 80.

Et ils disent notamment que « la constatation du rythme cardiaque normal ou son ralentissement au début d'une affection aiguë n'a rien qui puisse surprendre un physiologiste. Il s'agit de réflexes modérateurs cardiaques dont le point de départ est une excitation forte et brusque du territoire innervé

par les nerfs pneumogastriques ou splanchniques (Expérineces de Goltz.) On sait que l'excitation du bout central de ces nerfs détermine un ralentissement du cœur avec vaso-constriction. C'est là un réflexe de défense susceptible de diminuer l'hémorragie intra-péritonéale par exemple. On sait d'autre part, comme l'ont décrit Enriquez, Guttmann, Rouvière (Société Médicale des hôpitaux, 16 décembre 1921) qu'il existe un véritable état de vagotonie d'origine appendiculaire qui ne pourrait que s'exagérer au moment des crises ».

Et pour qu'on ne soit point induit en erreur par ce symptôme paradoxal, ils conseillent l'emploi de la morphine, qui supprime la douleur et par suite l'excitation de l'arc réflexe. C'est, en somme, à ce moment-là que le pouls vrai apparaît et il se produit une accélération du pouls qui décèle la nature grave de l'infection. Et ils font ainsi de cette épreuve un test de l'indication opératoire.

Il nous a semblé utile de rappeler cette notion. Nous avons vu en effet que l'appendicite pelvienne a souvent une symptomatologie assez trompeuse, et surtout la forme haute. Un accident de diffusion peut éclater accompagné d'un pouls normal. L'appendicite n'a souvent jamais été soupçonnée et l'on voit par suite l'erreur tragique qui peut se produire, en accordant toute confiance au pouls normal ou même lent.

DIAGNOSTIC

Ce problème, qui se pose à tout instant dans la carrière médicale, est toujours délicat même pour une maladie dont le type clinique est bien individualisé. De toutes façons on ne peut l'aborder que par la connaissance parfaite des signes de la maladie et cela dans ses principales manifestations cliniques.

Or, dans le cas qui nous occupe, il est d'une importance extrême, le traitement devant être appliqué au plus tôt. C'est de sa précocité que dépend la vie de la malade. Mais en raison parfois du peu d'intensité ou même de la discordance que présentent les symptômes locaux et fonctionnels, il est difficile de les rapporter à leur cause qui est l'appendice. On serait plutôt tenté d'écarter cette hypothèse par l'absence fréquente des signes locaux abdominaux. Cependant dans l'appendicite pelvienne qui a présenté un début à forme de crise, on peut penser à l'appendicite à cause des vomissements, du caractère de la douleur croissante et qui, en règle générale, s'étend à tout l'abdomen, pour se localiser secondairement dans la fosse iliaque droite ou la région sus-pubienne, de la contracture abdominale ou de la simple défense musculaire quand elles existent au même endroit, et de l'élévation de température.

Or si les signes généraux d'appendicite existent, le manque fréquent des signes locaux abdominaux, et la prédominance des signes pelviens qui doivent nous aiguiller vers le diagnostic, seraient au contraire susceptibles de nous égarer.

Le diagnostic d'appendicite pelvienne se fera justement sur la coexistence des signes généraux d'appendicite et de la

dysurie ou de la rétention d'urines, l'existence de la douleur sus-pubienne ou rétro-vésicale à rechercher, ou l'obstruction intestinale plus ou moins accusée.

Mais ce sont les touchers rectal et vaginal qui, accompagnés du palper abdominal peuvent nous donner des renseignements tout à fait précieux, en décelant la présence d'un empâtement diffus et surtout douloureux dans la région droite du petit bassin. Et c'est ce qui fait que dans la variété basse de la maladie où le foyer est accessible au toucher, le diagnostic peut être posé dès le début, ce qui n'arrive jamais pour ainsi dire dans la variété haute ou le toucher ne peut fournir de renseignements.

Plus tard, lorsque l'abcès est constitué, la température oscillante indique l'existence d'une suppuration dans l'organisme, les signes rectaux et vésicaux deviennent éclatants. Mais c'est toujours par le toucher que l'on fixe le siège et le volume de la collection et que l'on peut juger du moment opportun pour l'intervention. Il reste alors à découvrir la cause de la collection. Si l'abcès est ilio-pelvien, les signes locaux de la fosse iliaque qui sont ceux de toute appendicite : empâtement, contracture, hyperesthésie locale feront tout de suite attribuer à l'appendice la responsabilité de ces accidents. Par contre, dans les cas où l'abcès est uniquement pelvien, il faudra avant d'établir ce diagnostic, éliminer de nombreuses hypothèses.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Chez la femme la complexité des affections génitales fait qu'une multitude d'états pathologiques peuvent se confondre avec une appendicite pelvienne, d'autant plus que dans ce cas, l'appendice contracte des rapports étroits avec les organes du petit bassin.

Nous allons étudier le diagnostic différentiel chez l'enfant, chez l'adulte, chez la femme enceinte. Nous montrerons également au cours de cette étude comment la prédominance de certaines formes peut induire en erreur.

I. Chez l'enfant

L'appendicite pelvienne peut être souvent facilement confondue avec l'*embarras gastrique fébrile* ou la *gastro-entérite*, affection si banale du jeune âge. Ici en effet, il y a souvent un début identique par élévation de la température, nausées et vomissements, même absence de signes locaux abdominaux ; le ventre est parfois un peu ballonné. Cependant il n'y a pas de réaction péritonéale accusée ni de troubles vésicaux. S'il y a cependant de l'irritation rectale sans dysurie marquée, l'erreur est bien possible. Le toucher rectal possède dans ce cas une importance toute particulière puisqu'il permet d'éviter cette erreur en décelant l'inflammation pelvienne. Elle est plus difficile à éviter dans la forme haute et c'est ce qui constitue le gros danger de cette dernière. Elle n'est que trop souvent faite. On voit ainsi parfois une purgation intempestive déclencher des accidents redoutables, réchauffement d'une infection latente, avec réascension thermique brutale, altération de l'état général, parfois diffusion d'un abcès méconnu.

Le début d'une appendicite pelvienne peut également chez l'enfant faire croire à une *fièvre typhoïde*. Dans le jeune âge, en effet, cette affection débute par des troubles gastro-intestinaux accompagnés de fièvre, de diarrhée, mais aussi bien également de constipation avec absence des taches rosées lenticulaires. Cependant elle en diffère par l'absence de défense musculaire; le ventre est souple, dépressible, l'existence fréquente des épistaxis, l'hémoculture au début montre le bacille d'Eberth ou para typhique en cause. Ici également, le toucher rectal permettra d'éliminer cette hypothèse en montrant l'existence du foyer infectieux.

On pourra penser également à une *péritonite à pneumocoques*, affection du jeune âge plus fréquente qu'on ne le pense en général. Mais celle-ci est secondaire à une broncho-pneumonie ou une pneumonie. Elle débute également brusquement, par des vomissements alimentaires et bilieux. La température y est élevée 39°-40°, mais les symptômes péritonéaux y sont moins accusés, le facies reste coloré, la langue est humide et le pouls est bon. La douleur s'il est possible d'en situer le siège y est plutôt para-ombilicale. Elle s'accompagne de diarrhées. D'autre part, dans la suite de l'évolution, le pus a tendance a se collecter sous la peau de la région ombilicale. L'ombilic se déplisse, la peau rougit, s'use et l'abcès se vide à la peau. Si l'abcès est pelvien, ce qui arrive parfois, le toucher rectal ne pourra pas donner d'indication sur sa nature, mais l'examen du pus, sa non-fétidité, et l'examen bactériologique qui montrera l'existence du pneumocoque montreront que l'appendice n'est pas en cause.

On peut penser également chez l'enfant à une *ostéomyélite du bassin*. Mais dans ce cas, il n'existe que rarement des signes péritonéaux. Cependant, le début en est brusque comme celui de l'appendicite, la température est élevée et elle peut aboutir à une suppuration pelvienne, avec des signes de pelvi-péritonite qui simulent l'appendicite pelvienne. Il faut s'aider du contrôle radiographique; l'examen des clichés montrera la provenance de l'abcès dans la lésion osseuse.

Le *psoïtis*, par l'attitude caractéristique du membre inférieur en flexion et abduction forcée ne doit pas être confondu avec l'appendicite pelvienne.

L'*abcès ossifluent* dérivant d'une lésion tuberculeuse bien que pouvant parfaitement descendre dans le Douglas et la fosse iliaque ne sera pas, à cause de l'évolution froide, pris pour un abcès appendiculaire. Il est arrivé pourtant qu'une lésion potique soit passée inaperçue malgré la formation de volumineux abcès par congestion, alors que n'existait parfois ni gibbosité, ni paralysie, ni douleur spontanée ou provoquée. Il faut alors rechercher avec grand soin les contractures musculaires qui limitent les mouvements, et s'aider d'un contrôle radiographique minutieux. L'erreur est très grave soit que l'on prenne l'abcès froid pour un abcès appendiculaire, car on est conduit à l'ouvrir; et l'on sait tous les dangers que provoque cette ouverture intarissable à cause de la lésion osseuse qui entretient la suppuration et les dangers de l'infection surajoutée qui entraîne l'hecticité; soit que l'on prenne l'abcès appendiculaire pour l'abcès froid ce qui est moins probable, car on se garde bien d'intervenir, et l'on sait quel danger cela représente dans toute appendicite.

Pour la coxalgie droite ou sacro-coxalgie, l'erreur est beaucoup plus difficile, impossible même, car quand il y a suppuration pelvienne, il y a des signes éclatants d'arthrite et douleur.

On a pu voir également des suppurations pelviennes consécutives chez l'enfant à une *arthrite suppurée de la hanche* et donnant des signes d'abcès pelviens appendiculaires. La présence de l'arthrite et la radiographie, l'examen du pus montre l'origine ostéo-articulaire de l'abcès.

Enfin, dans les formes occlusives chez le jeune enfant, il est permis de penser à une *invagination intestinale* qui entraîne l'occlusion. Là encore le toucher est d'une importance capitale, et l'on connaît l'équation d'Ombredanne : syndrome occlusif + toucher ramenant du sang = invagina-

tion intestinale chez l'enfant. On sentira d'ailleurs en ce cas le boudin d'invagination. Comme l'on est conduit à l'intervention d'urgence, l'erreur de diagnostic ne sera pas trop lourde de graves conséquences.

II. Chez l'adulte

Ici, l'erreur la plus fréquente et la plus difficile à éviter est la *crise salpingienne aiguë* droite qui imite parfois si exactement la crise appendiculaire aiguë de type pelvien. Et la salpingite est beaucoup plus fréquente que l'appendicite pelvienne ; c'est d'abord à elle que l'on pense. Il y a d'ailleurs souvent coexistence des deux affections ce qui n'est pas pour simplifier le problème.

Il faut étudier alors avec soin le passé génital de la malade. La découverte des pertes antérieures, d'infections puerpérales, les règles douloureuses apportent un appui sérieux à l'hypothèse d'une salpingite. La plupart du temps ce n'est pas la première fois que la malade en souffre, mais c'est plutôt un épisode aigu de troubles chroniques, avec absence de malaises du côté digestif.

Le début de la crise de salpingite est le même, quoique moins brutal, la douleur est moins vive, les vomissements moins abondants. Mais on a vu que dans bien des cas d'appendicite pelvienne les vomissements n'étaient pas toujours fréquents.

La douleur toutefois, dans la crise d'appendicite, plus vive, progressivement croissante, se généralise rapidement à tout l'abdomen et ne se localise que secondairement. Dans la crise de salpingite droite elle est d'emblée localisée au-dessus de l'arcade crurale au point annexiel. Elle semble s'irradier beaucoup plus loin dans le domaine du nerf obturateur, à la face interne des cuisses et jusqu'au genou. De plus, les annexes du côté opposé sont toujours touchées, et l'utérus, dont la souffrance s'irradie dans les lombes. Mais la réaction péritonéale est moins vive il n'y a pas autant de dysurie. A la palpation de l'abdomen, le ventre est toujours parfaitement souple et sans météorisme.

Le toucher vaginal montre un empâtement douloureux du cul-de-sac droit qui est tendu et effacé, mais du côté opposé les annexes sont également augmentées de volume et douloureuses, sensibles à la pression, alors que dans l'appendicite le cul-de-sac gauche est libre, souple et indolore. Dans l'annexite, l'utérus est moins facilement mobilisé, augmenté de volume et douloureux. Mais l'utérus est également fixe dans l'appendicite pelvienne, et sa mobilisation est douloureuse.

Dans la salpingite, on peut arriver en combinant le palper abdominal au toucher à acquérir la perception de la masse annexielle juxta-utérine augmentée de volume.

Si l'abcès est constitué, le diagnostic se présente avec la même difficulté entre l'abcès pelvien appendiculaire et le *pyo-salpinx*.

En présence d'une telle difficulté on a recherché des signes permettant de localiser la lésion dans la trompe ou l'appendice.

C'est ainsi que si, par la palpation de la paroi abdominale, on refoule les gaz du côlon gauche vers le cæcum, on provoque une douleur dans le cas d'appendicite; par contre dans le cas d'une salpingite, la malade n'accuse pas de douleur, c'est le signe de Rovsing.

Il y a également le signe de Ferreti, qui a été l'objet d'une étude de Dionys du Séjour. Il consiste en la différence qui existe entre la sonorité à la percussion de l'épine iliaque antéro-supérieure dans une appendicite ou une annexite. Dans le premier cas, il y a une matité d'autant plus nette que la réaction inflammatoire péri-intestinale est plus accusée, et d'autant plus durable. Ce signe serait négatif dans la crise salpingienne. Maintenant la valeur que l'on peut attacher à ce test paraît assez problématique et il est difficile d'apprécier une matité qui varie normalement avec l'état de réplétion du cæcum.

L'examen du sang nous semble plus instructif. Dans une appendicite suppurée il existe une très forte hyperleucocytose et qui dépasse souvent 20.000. Il y a de plus exagération du taux des polynucléaires neutrophiles qui s'élève jusqu'à 90%. Et si dans toute suppuration chaude, il y a hyperleuco-

cytose et exagération du nombre des polynucléaires, elle n'atteint pas de telles proportions.

Malgré tout, et le nombre même de tests employés nous renseigne sur leur peu d'efficacité pour éclairer ce diagnostic, l'erreur est très facile et courante. Et comme il y a souvent coexistence des deux affections, c'est alors seulement l'intervention qui peut arriver à l'établir.

Il ne faudra donc jamais éliminer la possibilité d'une appendicite pelvienne et Mauclaire raconte que fréquemment il lui est arrivé d'ouvrir par colpotomie des abcès pelviens qu'il croyait d'origine annexielle et qui provenaient d'une appendicite. Cependant, si la ponction du Douglas nous montre l'existence d'une collection à pus fétide, d'odeur fécaloïde contenant du colibacille, on peut affirmer à ce moment l'origine appendiculaire de l'abcès.

On peut donc commettre deux sortes d'erreur : une pelvi-péritonite d'origine annexielle peut en imposer pour une appendicite pelvienne, surtout si la malade n'a jamais présenté de crise salpingienne antérieure. L'erreur n'est pas trop grave puisque l'on est conduit à intervenir. L'erreur inverse qui consiste à prendre une crise pelvienne appendiculaire pour une crise salpingienne peut être par contre lourde de conséquences pour la vie de la malade, le traitement médical étant alors fréquemment appliqué.

L'abcès appendiculaire peut être également confondu avec une *pelvi-péritonite tuberculeuse*. Ce diagnostic devra être posé surtout chez une jeune fille sans passé génital (Obs. IX et X). Il faut alors rechercher avec minutie les foyers cachés qui peuvent se trouver en un autre point de l'organisme, et les signes de l'imprégnation bacillaire, soit par la cuti-réaction à la tuberculine, soit par la séro-floculation de Vernes à la résorcine. Mais de plus avant sa crise, la malade aura présenté déjà des troubles de la menstruation : dysménorrhée ou même suppression totale des règles, des troubles vésicaux avec dysurie, des troubles intestinaux avec alternance de diarrhées et de constipation.

A l'examen, on trouve le plus souvent un abdomen ballonné, avec une sonorité exagérée, signes qui traduisent l'obstruction intestinale, celle-ci pouvant cesser à l'occasion d'une débâcle diarrhéique.

Au toucher, il n'y a que peu de douleur. On sent les culs-de-sac remplis de masses plus ou moins empâtées, plus ou moins consistantes, dures et ramollies par endroits. ou bien on a la sensation d'une masse formant bloc, formée d'organes agglutinés, masse compacte qui occupe tout le petit bassin.

Le diagnostic d'appendicite pelvienne doit se faire également avec celui de *kyste de l'ovaire à pédicule tordu.* La torsion si elle est brusque ou complète se présente avec tous les signes d'une péritonite aiguë : une douleur vive, un pouls qui s'accélère, facies grippé, nausées, vomissements. Dans les antécédents on retrouvera la notion d'un kyste antérieur à l'accident; mais la température reste basse, et avant que la contracture abdominale ne se soit rétablie on pourra arriver à délimiter la masse plus ou moins volumineuse du kyste.

Il peut se produire également que la suppuration d'un kyste de l'ovaire produise des accidents ressemblant à la crise d'appendicite pelvienne. Dans ce cas il y a élévation de température, douleurs, nausées, vomissements bilieux. Le toucher montrera une masse douloureuse perceptible au palper et qui transmet les mouvements. La ponction du Douglas éclaire le diagnostic (Obs. IX). .

Chez la jeune fille, on pourra aussi penser à un diagnostic d'*hématométrie*, mais c'est exceptionnel. Dans ce cas, l'examen des organes génitaux et la coïncidence de la crise avec le flux menstruel fera faire le diagnostic.

Chez la femme âgée, et surtout dans les formes à occlusion intestinale l'arrêt complet des matières et des gaz, s'établissant sur de longues périodes entrecoupées de débâcle diarrhéique, l'altération de l'état général, l'amaigrissement peuvent faire penser à une *tumeur du sigmoïde* ou du *rectum* haut située. Il faut alors rechercher la présence de melœna dans les selles. Là encore, le toucher rectal aura une utilité capitale.

Il permettra de trouver l'altération de la muqueuse rectale à forme d'ulcérations, l'induration en virole, ou sinon, une masse pelvienne dure mais presque indolente. Dans l'appendicite pelvienne le toucher est très douloureux. Pourtant on a vu se produire la confusion.

Dans les cas où l'abcès ilio-pelvien se situe à gauche, on peut le confondre avec une *sigmoïdite suppurée.* Mais dans cette maladie le début est très antérieur, lent et progressif, avec constipation opiniâtre, crises d'entéro-colite. Le toucher rectal y est négatif et il y a absence à peu près complète de signes vésicaux.

III. Chez la femme enceinte

Il nous faut parler de la coexistence possible chez la femme d'une grossesse et de l'appendicite pelvienne. Elle est rare et ne peut guère se produire dans les premiers mois de la gestation, l'utérus refoulant les organes mobiles du petit bassin vers la grande cavité abdominale. On ne peut expliquer sa possibilité que par l'existence de crises antérieures. Les adhérences produites ont fixé l'appendice à la paroi pelvienne ou à des organes fixes. Les symptômes en sont les mêmes que chez la femme non enceinte. Elle est comme toute appendicite très grave pour la mère et le fœtus (Obs. XVII).

Le diagnostic est à faire dans ce cas-là avec la *grossesse ectopique* · suppression des règles, grossesse au début, douloureuse par crises qui coïncident avec un petit écoulement de sang poisseux et noirâtre. Le toucher est très douloureux, il y a ramollissement du col, augmentation du volume utérin. On peut percevoir par le toucher le sillon qui sépare de l'utérus une masse bien délimitée dont l'examen éveille chez la malade une douleur exquise. C'est le signe de Proust.

Mais cette grossesse extra-utérine peut dans les différentes éventualités que présente son évolution simuler l'appendicite pelvienne. Nous savons qu'elle peut évoluer :

1° Vers l'*hématosalpinx* avec mort de l'œuf. Dans ce cas et même s'il est infecté secondairement il est souvent bien

toléré et s'accompagne, malgré la température causée par la résorption sanguine ou l'infection de fort peu de signes fonctionnels et de douleur.

2° Vers l'*avortement tubaire* qui, se produisant par poussées successives ressemblant à des crises qui peuvent simuler celles de l'appendicite, aboutit à la formation de l'*hématocèle réiro-utérine* qui peut simuler l'abcès pelvien. La résorption sanguine ou l'infection secondaire produisent une élévation de température et le toucher montre l'existence dans le Douglas d'une collection fluctuante. La ponction du Douglas permettra le diagnostic en montrant la nature sanguine de la collection.

3° Vers la *rupture tubaire* qui peut simuler la crise d'appendicite pelvienne. Mais on voit vite par la douleur atroce, la pâleur, les syncopes, le pouls qui devient rapidement petit, incomptable, l'hypothermie marquée, que l'on est en présence d'une grave hémorragie interne.

Dans une observation publiée par Péry et Rocher en 1931 (obs. XVI) la présence d'une collection dans le Douglas d'origine appendiculaire avait entraîné une dureté ligneuse du corps utérin qui avait fait penser à une *hémorragie rétroplacentaire*. Là encore c'est le toucher qui, montrant l'existence de la collection fluctuante dans le Douglas, a fait redresser le diagnostic, sauver la vie de la femme et permettre l'évolution normale de la grossesse.

Enfin survenant dans les suites post-partum ou post-abortum elle peut fort bien être prise pour un *phlegmon du ligament large*. Cependant, dans ce dernier cas, la réaction péritonéale est moins vive, et il se produit très rapidement un plastron perceptible à la palpation, plaqué contre l'arcade crurale. Là encore le toucher est d'une grande utlité.

OBSERVATIONS

Appendicite pelvienne méconnue chez une femme âgée. Colpotomie. Guérison.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Guyot.)

Mme X..., âgée de 62 ans; est une femme malade depuis de nombreuses années, avec rhumatisme chronique compliqué d'affection cardiaque. Cette femme, mère de quatre enfants, est ménopausée depuis 14 ans.

Je suis appelé auprès d'elle par son médecin traitant pour des accidents abdominaux remontant à une dizaine de jours et ayant fait penser à de l'occlusion intestinale.

Je constate un état général déplorable, langue sèche, facies fatigué, pouls rapide à 120, avec 38°2 comme température; urines rares; ni selles, ni gaz depuis sept jours.

Le ventre est ballonné régulièrement et surtout douloureux dans le bas-ventre où l'on sent dans la région hypogastrique, une tuméfaction qui fait penser à l'existence possible d'un néoplasme. Par le toucher rectal, on sent l'utérus refoulé en avant et le cul-de-sac postérieur bombant d'une manière manifeste et très douloureux à la pression. Le toucher rectal confirme l'existence d'une masse refoulant la face antérieure du rectum et qui correspond à la saillie sentie dans le cul-de-sac postérieur.

Devant ces signes, malgré la gravité de l'état général, on décide une intervention qui est pratiquée quelques heures après. Colpotomie par incision transversale du cul-de-sac postérieur qui permet d'ouvrir une collection purulente d'odeur fécaloïde, représentant plus d'un demi-litre et ayant toutes les apparences de la collection suppurée d'origine appendiculaire.

Sérum, toni-cardiaques, application de glace sur le ventre, tels furent les soins consécutifs. Les suites opératoires furent normales, les drains enlevés le huitième jour. La malade guérit complètement et quitta la maison de santé avec un ventre souple, un état général très amélioré, les évacuations intestinales ayant repris leur cours normal...

Observation I

Appendicite aiguë pelvienne

(Service de M. le professeur Rocher.)

Mlle P... P., 12 ans. Entrée dans le service le 21 mai 1932. Pas d'antécédents.

Le samedi 21 mai, l'enfant se sent fatiguée à son réveil. Elle va à l'école, et commence alors à souffrir du ventre, principalement du côté droit et présente aussi quelques vomissements.

Rentrée chez elle à midi, l'enfant à 38°9 de température; elle se couche. Température, le soir, 39°. Elle a eu de la diarrhée dans la journée. Elle entre à l'hôpital à 19 heures.

Examen de la malade : Douleur vive dans la fosse iliaque droite, accusée au maximum au point de Mac-Burney. Défense musculaire de ce côté. Le toucher rectal réveille de la douleur dans la partie droite du cul-de-sac de Douglas.

Température : 39°. Pouls : 120.

Le même jour, à 20 heures : Intervention. Anesthésie générale éther (Ombredanne). Incision de Jalaguier.

A l'ouverture du péritoine, liquide dans le cul-de-sac de Douglas. On extériorise l'appendice situé dans la région pelvienne. Cæcum adhérent. Appendicectomie. Enfouissement du moignon appendiculaire. Fermeture de la paroi en 3 plans, sans drainage.

Examen de l'appendice : Congestionné. 3 calculs stercoraux : un à la base, un autre à la pointe. Muqueuse épaissie avec des zones hémorragiques.

Suites opératoires : le 25 mai : la température et le pouls reviennent à la normale.

Le 1er juin, ablation des crins. La plaie est en bonne voie de cicatrisation.

Exeat, guérie, le 6 juin 1932.

Observation II

Appendicite aiguë pelvienne et congestion pulmonaire.

(Service du professeur Rocher.)

Mlle A... E., âge : 11 ans. Entrée le 26 mai 1932. Pas d'antécédents.

L'enfant a présenté une première crise d'appendicite il y a un mois. Elle a duré 2 jours, avec vomissements.

La deuxième crise débute le 24 mai au soir. En se couchant, l'enfant a été prise de vomissements; elle en présente 5 à 6 dans la même nuit, et elle souffre violemment du ventre.

Le 25, douleurs continuelles : 2 vomissements pendant la journée.

Constipation, difficulté à uriner depuis la veille. Température : 38°2, le soir.

Le 26 : la malade vient à la consultation et est immédiatement hospitalisée.

Température : 38°. Pouls : 105.

Examen de la malade : A la palpation de l'abdomen, douleur un peu diffuse, mais présentant un maximum au niveau de la fosse iliaque droite, au point de Lanz. Légère défense de la paroi de la fosse iliaque droite sans contracture musculaire nette.

Percussion normale.

Au toucher rectal, tuméfaction faisant légèrement saillie dans le cul-de-sac de Douglas, fluctuante, douloureuse, et donnant l'impression d'anses intestinales agglomérées.

Etat général assez bon, facies cependant un peu fatigué. L'enfant est venue en marchant à la consultation.

Le 26 mai : opération. Anesthésie générale éther (Ombredanne). Incision de Jalaguier.

On trouve un appendice pelvien adhérent à la fosse iliaque droite, enflammé. Séro-pus dans le bassin. Appendicectomie sans enfouissement. Deux drains, un dans le cul-de-sac de Douglas, l'autre dans la fosse iliaque droite, et trois mèches. La malade est mise en position de Fowler. Glace sur le ventre. Le 26, sérum glucosé bicarbonaté : 500 cc.

Le 27 : même traitement et solu-camphre : 5 cc.

Analyse d'urines. Traces de glucose. Pas d'albumine. Forte présence d'acétone.

L'enfant, depuis son arrivée, tousse un peu. On lui trouve les signes d'une légère bronchite diffuse. Potion calmante.

Le 1er juin, on enlève les mèches. On enlève un drain, l'autre est raccourci. Une nouvelle mèche est mise en place.

La toux persiste et la température oscille entre 38 et 39° 5.

L'examen des poumons montre de la submatité dans la moitié supérieure du poumon gauche. Présence de râles sous-crépitants et pectoriloquie aphone dans la même région.

Ablation des mèches et du drain.

Le 3 juin : température et pouls reviennent à la normale. Les signes pulmonaires tendent à disparaître.

Le 6 juin : ablation des crins. Plaie en bonne voie de cicatrisation. On ne trouve plus de signes à l'examen des poumons.

Le 27 juin : exeat, guérie.

Observation III

(Service de M. le professeur Rocher.)

Abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Mlle R. O, 5 ans. Entrée dans le service le 20 avril 1933. Pas d'antécédents.

Le début de la maladie remonte à 3 semaines. L'enfant présentait des douleurs abdominales mal localisées avec une température de 38° 8. Un vomissement glaireux.

Le docteur appelé, fit faire des applications chaudes sur le ventre et au bout d'une semaine la température revint à la normale avec cessation des phénomènes douloureux.

Le 14, à la suite d'une purgation, réapparition des douleurs et réascension thermique à 38° 6.

Le 20 : Les phénomènes douloureux ne s'amendent pas, malgré les nouvelles applications de compresses chaudes et de laudanum. De plus, l'enfant présente de la rétention d'urine depuis deux jours. Elle entre à l'hôpital.

Examen de la malade : La palpation de l'abdomen révèle un globe vésical douloureux qui ne permet pas de localiser nettement les douleurs abdominales qu'accuse l'enfant. On la sonde et l'on retire 250 cc. d'urine trouble.

Au toucher rectal, on sent, bombant dans le rectum, une tuméfaction fluctuante que la main qui palpe l'abdomen perçoit aussi débordant de chaque côté du pubis.

On pense à un abcès d'origine appendiculaire.

Dilatation anale, suivie de ponction du Douglas. On retire du pus. Incision par voie rectale; il s'écoule 60 cc. d'un pus fétide à colibacilles. On met un drain qui sort dans le rectum.

Le 22 : L'enfant qui n'avait pas uriné depuis son entrée à l'hôpital, urine spontanément.

Bon état général.

Le 25, on enlève le drain rectal.

Le 29 avril, l'enfant va très bien. Pas de sensibilité abdominale en aucun point. Evacuation complète de l'abcès depuis l'intervention.

Le 30 : Exeat. La malade reviendra pour appendicectomie à froid, dans un mois et demi.

Le 26 juillet : La malade rentre pour ablation de son appendice. Température oscillant autour de 38°. Bon état général.

Le 30 : Appendicectomie. Le siège de l'appendice est normal. La température tombe aussitôt aux environs de 37°. Très bon état général.

Le 3 août : Bon état.

Le 12 août : Exeat. Guérie.

Observation IV

(Service de M. le professeur Rocher.)

Appendicite pelvienne avec abcès du Douglas. Ouverture dans le rectum. Rechute. Formation d'un abcès pelvien. Appendicectomie. Guérison.

Mlle B. J., 6 ans. Entrée le 19 décembre 1933. L'enfant entre à l'hôpital pour y être opérée d'urgence. Pas d'antécédents. L'enfant

a toujours souffert du ventre; elle était sujette aux indigestions.

La première crise douloureuse date du 1er octobre 1933. Ventre ballonné, écoulement purulent par le rectum. Le docteur appelé diagnostique appendicite perforée ouverte dans le rectum.

Pendant 8 jours, état très grave. Température 38°-39°. Selles fréquentes, vomissements. La malade a gardé le lit pendant 1 mois. Puis tout rentre dans l'ordre.

Le 18 décembre 1933. Deuxième crise qui amène cette enfant à l'hôpital. Pendant les jours qui précèdent, inappétence, pas de constipation.

Le matin du 18 : Apparition des douleurs et vomissements. L'enfant est mise au lit.

L'après-midi : 15 à 20 vomissements glaireux; pas de selles.

Le 19 : Douleurs continuelles. 1 selle. Température : 38° 5. Examen : Etat général très atteint. Langue saburrale.

Température : 38° 5. Pouls : 140.

La palpation réveille une douleur dans la fosse iliaque droite. Le toucher rectal est douloureux à droite. En présence de ces signes, on diagnostique une appendicite pelvienne grave qui en est à la 30e heure de la 2e crise, la 1re ayant eu lieu il y a deux mois et s'étant terminée par l'ouverture spontanée de l'abcès par voie rectale.

Le même jour, 18 h. 30. Intervention. Anesthésie générale, éther (Ombredanne). Incision de Jalaguier prolongée vers le bas. On tombe sur un appendice se dirigeant en bas et en arrière vers le Douglas, où il est enfoui dans un paquet d'adhérences. On le libère prudemment au doigt. On trouve un abcès gros comme une noix. On le vide après protection du champ par des compresses. L'appendice est libéré, on ampute la pointe, on enlève deux coprolithes, gros comme des noyaux de cerises qui se trouvaient dans la cavité.

Appendicectomie. Ligature au fil de lin. Enfouissement. Gros drain non perforé dans la cavité de l'abcès. Fermeture en 3 plans.

Le 21 décembre : Enfant fatiguée, facies tiré, langue sèche. Sérum hypertonique intra-veineux : 10 cc.

Le 22 décembre : Etat général, amélioré. Pouls bien frappé. Température descendue à 38°. Toucher rectal négatif.

Le 28 décembre : Bon état local et général. Il y a eu désunion à peu près complète, mais tardive (6e jour). La cicatrisation par seconde intention se fait normalement. Le 8 janvier 1934 : Bon état général. Température et pouls normaux. Au point de vue local, la plaie est presque cicatrisée et ne donne presque plus.

Le 10 janvier : Cicatrisation presque complète. L'enfant a présenté depuis quelques jours, un peu de température, accompagnée de diarrhée glaireuse.

Toucher rectal. On trouve un peu d'empâtement dans le Douglas. Lavements chauds.

Le 11 : Pas de température, pas de nouvelles selles.

Le 16 janvier : Sub-fébrile. On pratique le toucher rectal : négatif.

Le 20 janvier : Exeat : Parfait état local et général.

Observation V

(Service de M. le professeur Rocher.)

Appendicite pelvienne chronique. Traitement d'attente.

Mlle Y. C., 9 ans, entrée le 3 juillet 1934. Pas d'antécédents. Début, le 27 juin. L'enfant souffre de la tête et présente des vomissements bilieux.

Le 29 juin : Vomissements alimentaires. Douleur abdominale, tantôt à droite, tantôt à gauche. Température : 38° le matin, 39° le soir. L'enfant reste au lit avec des cataplasmes chauds. La crise dure ainsi jusqu'au 3 juillet, date de l'entrée dans le service.

Examen : A la palpation, le ventre est souple. Pas de douleur à la palpation, ni dans la fosse iliaque droite, ni dans la fosse iliaque gauche. Cependant, la constipation, la température 39°, la rétention d'urine font pratiquer le toucher rectal qui décèle une collection douloureuse, haut située dans le cul-de-sac de Douglas. On porte le diagnostic d'appendicite pelvienne.

Traitement : Glace sur le ventre, 2 lavements chauds par jour.

Le 5 juillet : Etat stationnaire. Même traitement.

Le 6 juillet : La température tend à baisser : 38°. La malade présente une selle.

Au toucher rectal, la collection est descendue à un niveau plus bas dans le Douglas.

Le 7 : La température continue à descendre. Une selle contenant des glaires et des membranes.

Au toucher, on sent toujours la collection douloureuse.

Le 10 : Température : 37° le matin, 38° le soir.

Le 11 : Toucher rectal : situation inchangée.

Le 16 : Depuis le 12, température à 37°. Très bon état général.

Le 19 : Toucher rectal. On sent une tuméfaction d'une dureté ligneuse, du volume d'une prune, dont le doigt peut délimiter le pôle supérieur et qui est située du côté droit dans le petit bassin. Cette grosseur est absolument indolore.

Le 21 : Toucher rectal. Tuméfaction en régression, nettement latéralisée à droite, du volume d'une noix.

Le 25 juillet 1934 : Exeat.

Le 23 novembre 1934 : Revient dans le service pour ablation de l'appendice. N'a pas eu d'autre crise depuis son exeat. Pas de douleur dans la fosse iliaque droite. Rien au toucher rectal. Le même jour : Intervention. Anesthésie générale, éther. Ombredanne. Incision de Jalaguier descendant assez bas en prévision de difficultés du côté du pelvis. En réalité, une fois le ventre ouvert l'appendice se présente presque aussitôt en situation latéro-cæcale interne mais très descendante, libre d'adhérences, simplement recourbé sur lui-même. Il ne présente pas de signes très nets d'altération.

Appendicectomie et enfouissement. L'exploration du pelvis, montre simplement que l'ovaire droit paraît légèrement adhérent et encapuchonné. Le ligament large est lui-même un peu rouge. Utérus infantile. Annexes gauches normales. Fermeture en 3 plans sans drainage.

Observation VI.

(Ces 4 observations sont dues à l'amabilité de M. le professeur Loubat.)

Appendicite pelvienne gangréneuse haute.

Mlle A. E..., 10 ans 1 /2, entre le 20 avril 1932, pour être opérée d'urgence.

Le début remonte à 3 mois, par une douleur dans le côté, inappétence, état nauséeux, fatigue générale.

Dans la nuit du 16 au 17, crise. Douleur violente généralisée dans tout le ventre sans point douloureux particulier appréciable. 2-3 vomissements dans la nuit.

Le 17. Vomit encore dans la matinée, puis la douleur se calme.

Le même jour, dans l'après-midi, reprise des phénomènes douleurs, à 2 heures, accompagnée de vomissements, nouvelle sédation, et à 5 heures, nouvelle crise. L'enfant entre à l'hôpital le 20, dans la matinée.

A l'examen, le ventre est souple, sans contracture, avec peut-être un peu de défense musculaire de la région hypogastrique.

Toucher rectal négatif.

L'état général est touché. Température 39. Pouls 140.

Opération, le z0 au soir. Anesthésie générale éther, Ombredanne. Incision de Roux. L'appendice est situé au-devant du promontoire, il est rouge, présente des signes nets d'inflammation. On trouve un peu de sérosité dans la partie supérieure du Douglas. Tamponnement à l'éther. Appendicectomie et enfouissement. Mise en place d'un drain. Suites normales. Guérison.

Examen anatomo-pathologique de l'appendice : Appendicite gangréneuse.

Observation VII.

(Service du professeur Loubat.)

Abcès pelvien dans les suites opératoires.

Mlle C... D... Age : 12 ans. Entrée le 14 août 1933, pour appendicite probable.

Début remonte à 48 heures seulement, par une douleur violente dans la fosse iliaque droite et des vomissements d'abord alimen-

taires, puis bilieux. Auparavant, parfaite santé apparente, jamais de crises antérieures.

A l'examen, dans la fosse iliaque droite, peu de signes, un peu de douleur. Mais existence d'un empâtement très douloureux au-dessus de l'arcade crurale, vers la partie para-médiane, à quelques centimètres en dedans et en bas de l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Hypéresthésie locale accusée de la région médiane sus-pubienne.

Le toucher rectal montre un léger empâtement diffus, plutôt latéro-rectal et douloureux.

Opération d'urgence. Anesthésie générale éther. Ombredanne. Incision de Jalaguier prolongée vers le bas.

A l'ouverture du péritoine, issue d'un flot de pus. Existence d'une poche recto-cæcale, que l'on vide à l'aspirateur après protection du champ opératoire. L'appendice est gros, enflammé, long de 10 cm. à situation franchement pelvienne.

Appendicectomie, drainage.

Suites opératoires. Formation d'un abcès pelvien dans le Douglas.

Mise en place d'un drain à ce niveau.

Le pus a une odeur fétide, présence de colibacilles.

Le drainage se poursuit, guérison.

Observation VIII.

(Service du prof. Loubat.)

Appendicite aiguë opérée. Abcès pelvien consécutif ouvert par voie rectale.

Mlle V... V..., 9 ans, entrée le 21 avril 1934.

Début le 16, par une crise d'appendicite aiguë, douleurs violentes dans tout le ventre et la fosse iliaque droite.

Température 38°. Vomissements bilieux, puis le calme revient pendant quelques jours.

Le 20 au soir. Apparition d'une deuxième crise qui se continue dans la nuit. Vomissements bilieux, fréquents qui durent jusqu'à midi. Température 38°, 7.

Devant ces symptômes on pratique l'intervention.

Le 21. Opération. Anesthésie générale éther. Ombredanne.

Incision de Jalaguier. Appendicectomie avec enfouissement, on met un drain en place.

Suites. Malgré le drainage la température persiste pendant quelque temps.

Le 4 mai. Température 38°4-38°6. La température s'est maintenue à ce niveau. Les signes reprennent, accompagnés de dysurie et de constipation.

Toucher rectal. Il montre l'existence dans le Douglas d'une collection fluctuante, douloureuse.

On porte le diagnostic d'abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Le même jour, dilatation anale, suivie de l'incision de l'abcès par voie rectale. Drainage par le rectum.

Les phénomènes s'apaisent très rapidement. La température tombe, la dysurie disparaît. Guérison.

Observation IX.

(Service du professeur Loubat.)

Abcès pelvien appendiculaire.
Diagnostic confirmé par ponction du Douglas.

Mlle S... G..., 12 ans, entrée le 1er juillet à l'hôpital des enfants. Douleur dans tout le ventre qui augmente progressivement. Pas de vomissements, pas d'arrêt de matières et de gaz. Les selles sont normales. Température 39°.

A l'examen abdominal, on trouve sur la ligne médiane, une tuméfaction ovalaire, mate, dure, douloureuse.

On pratique un sondage de la vessie. On retire 30 cc. d'urine normale.

Au toucher rectal, combiné au palper, on sent une masse dans le Douglas, dont les mouvements se transmettent à la masse perçue en avant.

Glace sur le ventre.

Pendant les quinze jours qui suivent, peu de fièvre. Température variable à 37-37°5. Le pouls est en rapport avec la température.

Devant de tels signes on pense tout d'abord au diagnostic de bacillose.

Le 5 et le 13 juillet, on pratique 2 cuti-réactions négatives toutes deux.

Le 15. Ascension thermique à 39°.

Dans les jours qui suivent, la température se maintient à 38°.

Le 19. La petite malade est transéatée dans le service du professeur Loubat.

A l'examen, on trouve une tuméfaction ovalaire, mate. La courbe de matité est à convexité tournée vers la partie supérieure du corps. Un peu de rétention d'urine mais faible.

Le toucher montre une masse rénitente dans le Douglas, dont les mouvements se communiquent avec la masse sentie en avant.

Le diagnostic de bacillose étant écarté, étant donnée l'absence de passé génital, on pense soit à la suppuration d'un kyste de l'ovaire soit à une appendicite pelvienne. Dilatation anale. On pratique la ponction du cul-de-sac de Douglas. Elle ramène un pus jaune, bien lié, à odeur repoussante, qui rappelle l'odeur colibacillaire des abcès appendiculaires.

On fait suivre la ponction de l'ouverture de l'abcès par voie rectale et drainage.

Suites. Les signes s'amendent, la guérison se produit. La petite malade qui devait retourner dans le service pour appendicectomie à froid n'est pas revenue.

Examen du pus. Flore très variée, à prédominance de bactérium coli, de nature intestinale. Cet examen confirme le diagnostic d'appendicite pelvienne suppurée.

Observation X.

(Due à l'obligeance du Dr Laffargue.)

Jeune fille de 14 ans 1 /2. Début par crises de constipation, puis douleur violente généralisée à tout l'abdomen, et localisée secondairement dans la région hypogastrique dans la partie médiane. Etat nauséeux, mais peu de vomissements, alimentaires puis bilieux. Température peu élevée 37°8.

A l'examen, le ventre est souple, un peu ballonné cependant, sans point spécialement douloureux dans la fosse iliaque droite et en particulier au point de Mac Burney. Pas de contracture, sauf dans la partie médiane, au-dessus du pubis où il y a de la défense musculaire et un peu de douleur provoquée mais autant à gauche qu'à droite.

Au toucher rectal, car la jeune fille est vierge, on trouve un empâtement douloureux haut situé à bout de doigt.

Les antécédents génitaux n'existant pas, on ne peut penser à une affection annexielle si ce n'est tuberculeuse. On fait deux cutiréactions de contrôle qui se donnent rien. Intervention. Laparotomie médiane sus-pubienne. On trouve une poche de pus abondante dans la partie haute du bassin, qui est descendue dans le Douglas. L'appendice enflammé est situé au-dessus de l'abcès au contact de l'artère hypogastrique. Appendicectomie à chaud. Mise en place d'un drain dans le Douglas. Les annexes sont intactes, protégées par un capuchon d'adhérences.

Suites normales. Guérison.

Examen du pus. Grumeleux, mal lié, fétide, de nature colibacillaire.

Observation XI.

(Service du Dr Charbonnel, chirurgien des hôpitaux.)

Mme T... J. , 46 ans, entrée le 6 juillet 1931, pour crise douloureuse abdominale, accompagnée de signes fonctionnels.

Depuis 2 mois, douleurs épigastriques et troubles dyspeptiques. Anorexie, état nauséeux, constipation.

Brusquement, le 5 juillet, douleur généralisée à tout l'abdomen, à forme de coliques croissantes et qui se localisent au flanc droit.

A ce moment apparaissent des selles diarrhéiques et des vomissements alimentaires d'abord, puis amers, bilieux et épais.

Bon état général. Température 37°,4 axillaire. Pouls : 90.

Examen. Abdomen rouge, qui présente une voussure à droite.

A la palpation, chaleur locale à droite, palper très douloureux, défense accusée. Présence d'un gâteau péritonéal dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, au-dessus de l'arcade crurale. A gauche, l'abdomen est normal, sans douleur ni défense musculaire.

Toucher vaginal. Présence dans le Douglas et le cul-de-sac droit d'une collection fluctuante et douloureuse à l'exploration. Le cul-de-sac gauche est libre et souple. L'utérus est en antéversion, sa mobilisation est très douloureuse.

On porte le diagnostic d'abcès pelvien appendiculaire.

Le 9 juillet. Intervention. Anesthésie générale, éther. Ombredanne. Colpotomie postérieure. L'incision du Douglas donne issue à une énorme quantité d'un pus jaunâtre, grumeleux, mal lié. Quantité : 1 l. 1 /2.

Mise en place de mèches, sonde de Peltzer.

Suites normales. Exeat, guérie le 11 août.

Examen du pus. Forte présence de colibacille.

Le 6 octobre. La malade revient dans le service.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le cæcum et l'appendice sont bloqués contre la paroi abdominale par des adhérences.

Appendice très tordu en tous sens. Appendicectomie.

Examen anatomo-pathologique. L'appendice ne contient pas de pus, et présente des lésions cicatricielles.

Observation XII.

(Due à l'obligeance de M. le professeur Bégouin.)

Abcès pelvien d'origine appendiculaire.

Mme D... M..., 44 ans, entrée le 5 décembre 1930, pour affection abdominale de nature indéterminée.

Début le 1er décembre. Apparition progressive des symptômes suivants : Vomissements alimentaires, puis bilieux, qui constituent le premier symptôme.

Douleurs à type de coliques étendues qui n'ont apparu que le lendemain.

Constipation assez marquée, entrecoupée de débâcles diarrhéiques. Aucune crise semblable et aucune maladie dans les antécédents.

Examen : Abdomen très ballonné, tendu mais non contracturé donnant à la percussion un tympanisme très marqué.

Matité hépatique conservée. Pas de point spécialement douloureux.

Au toucher vaginal, culs-de-sacs libres; mais l'utérus est fixé et douloureux.

Température : 38°,5. Pouls : 120. Bon facies et bon état général.

On pense à un embarras gastrique fébrile avec forte réaction abdominale, et l'on diffère toute intervention.

Glace sur le ventre et diète.

Durant la nuit, émission abondante de matières fécales et de gaz. Le lendemain matin, l'abdomen moins ballonné est plus facilement examinable. La palpation révèle alors une douleur nette dans la fosse iliaque droite.

On pense à une appendicite pelvienne ou à une affection annexielle. Température oscillante les jours suivants puis réascension thermique.

Toucher vaginal. Une masse dure et douloureuse se constitue dans la fosse iliaque droite et qui apparaît fluctuante et bombant dans le Douglas au quinzième jour.

Le 16 décembre. Colpotomie d'urgence.

Ponction du Douglas, puis colpotomie postérieure. Issue d'une grande quantité (1 litre environ), d'un pus jaune verdâtre, d'odeur extrêmement fétide. Drain. Suites opératoires. Température tombe le lendemain. Suppuration rapidement tarie.

L'examen montre alors un cul-de-sac de Douglas libre; l'utérus est redevenu mobile et non douloureux.

Il subsiste seulement dans la fosse iliaque droite une masse dure et fixe, ce qui confirme le diagnostic d'appendicite pelvienne.

Exeat, guérie, le 3 janvier 1931.

Observation XIII.

(Service du professeur Bégouin.)

Appendice bas situé par ptose du cæcum.

Mme S... M..., 25 ans, entrée le 5 décembre 1927.

Crise douloureuse fin septembre, dure 8 jours.

Début demi-heure après dîner par des douleurs épigastriques sans nausées, n'empêchant pas le sommeil'

Le lendemain matin, après le petit déjeuner, douleurs vives au creux épigastrique, puis généralisées à tout l'abdomen avec rapidité.

Pas de nausées ni de vomissements. Pas de fièvre constatée. Le médecin appelé constate une douleur généralisée à tout le ventre, et la palpation détermine cependant un maximum de douleur au point de Mac Burney.

Constipation pendant la durée de la crise. Pas d'antécédents génitaux.

Depuis lors, quelques malaises gastriques.

Le 9 décembre. Opération. Anesthésie générale éther. Ombredanne Incision de Jalaguier.

Le cæcum se présente extrêmement mobile, long de 10 cm., et ptosé presque jusque dans le Douglas. L'appendice est très long, environ 13 cm., ne présente pas des traces nettes d'inflammation. Son extrémité distale est un peu rouge; pas d'adhérences. Appendicectomie. Guérison.

Ovaire droit scléro-kystique.

Examen de l'appendice. Appendicite et péri-appendicite. On trouve dans la séreuse très épaissie des cellules inflammatoires lymphoïdes. Muqueuse tr's épaissie, infiltrée de lymphocytes. Tendance cellulo-adipeuse.

Observation XIV.

(Christidi, *Revista de Chirurgie*, n° 5-6, mai-juin 1933.)

Appendicite pelvienne extra-péritonéale.

Mme I... M..., 30 ans, crises répétées d'appendicite aiguë, la dernière le 8 octobre 1932, à température de 38°8. Elle dura dix jours, avec contracture de la paroi de la fosse iliaque droite, vomissements, etc.

Opérée, le 8 octobre 1932, je trouvai le péritoine libre, le cæcum fixé dans la fosse iliaque et ne pouvant pas être contourné; à l'angle iléo-cæcal, où je ne trouvai pas l'appendice, la palpation fit percevoir un cordon dur, sans pouvoir préciser si c'était l'appendice. Les essais de décoller de la fosse iliaque le fond du cæcum firent rompre l'appendice à sa base même, qui contenait une substance caséeuse et se trouvait plutôt sur la face postérieure à l'union des bandelettes. Nous lions et enfonçons le petit tronçon qui restait et poursuivons le corps de l'appendice. Il se trouvait sous le péritoine pariétal à travers lequel son bout luisant se laissait percevoir. Nous incisons le péritoine le long du cordon formé par l'appendice et nous libérons celui-ci; nous ne lui trouvons pas de méso et son pédicule vasculaire était libre dans le tissu cellulaire. Nous l'extirpons. Suture, drain. Bonnes suites opératoires. L'appendice extirpé, long de 8 cm. et d'un diamètre de 1 cm. est endurci et a un aspect rugueux.

Sur les coupes (Dr Basoiu) on trouva une tuberculose appendiculaire à tendance vers la sclérose.

Observation XV.

(J. Groom, *Colorado Médical*, 1924.)

Appendicite pelvienne à forme cystalgique.

Fillette de 7 ans, vue le 3 septembre 1922, se plaignant de douleurs à la miction, sensibilité et douleur à la pression, dans la région vésicale.

Température 39°,8. Pouls 130. Urines rares, mictions douloureuses. Pas de vomissements, selles normales.

Diagnostic : Cystite et pyélonéphrite.

Six jours avant elle accusait des douleurs dans la région vésicale avec température de 40°.

Il y a deux ans et demi, crise semblable moins sévère d'une durée de 4 à 5 jours avec une température de 39,4 pendant deux jours.

Le lendemain. Analyse d'urines négative. Douleurs et sensibilité persistent.

Leucocytose : 11.800. Polynucléaires : 70 %.

3e jour. Mêmes symptômes. Leucocytose : 17.300. Polynucléaires : 80 %.

4° jour. Analyse d'urines toujours négative.

Sensibilité limitée à la région vésicale. Température 40. Leucocytose : 29.000. Polynucléaires : 90 %.

Contracture légère des deux fosses iliaques; à la pression, on délimite un empâtement allant du pubis à mi-chemin de l'ombilic, et s'étendant dans la fosse iliaque droite.

L'opération montra un large abcès, situé dans le pelvis entre vessie et rectum. L'appendice, plongeant dans le centre de l'abcès, était fortement augmenté de volume, l'extrémité complètement gangrénée. La paroi de la vessie était déjà ulcérée, mais non perforée. Une vaste collection de pus fut libérée, l'appendice dégagé et enlevé.

Guérison après une longue convalescence.

Observation XVI.

(Péry-Rocher, Soc. d'obst. et de gyn. Bordeaux, 1921.)

Femme enceinte de près de six mois. Début le 4 août par de violentes douleurs dans le flanc droit, diffuses dans la vessie. Le fond de l'utérus est à 16 cm. au-dessus du pubis. Pas de douleur à la palpation, pas de point de Mac-Burney. Le toucher vaginal ne montre rien d'anormal.

8 août. Mieux sensible, la malade s'est levée et a mangé.

9 août. Douleurs vives dans le bas-ventre, comparables à celles de la dilatation au cours du travail. Contractions utérines. Dureté ligneuse du corps. On pense à une hémorragie rétro-placentaire. Température 39°.

Mieux léger. Température oscillant de 37° 6 à 39.

14 août. Douleurs plus violentes. Utérus remonté. Ventre ballonné. Au toucher, dans le Douglas, masse rénitente.

15 août. Le cul-de-sac postérieur fait saillie dans le vagin, masse fluctuante et tendue.

Diagnostic : Appendicite pelvienne, avec collection suppurée dans le Douglas.

16 août. Colpotomie postérieure. Evacuation de 600 gr. d'un pus fétide mélangé à des gaz. Drain et tamponnement du vagin. Abdomen diminué de volume, utérus descendu, réaction péritonéale fugace, température tombe.

Urines plus abondantes. Douleurs abdominales disparaissent.

Drain enlevé le 4e jour. Suppuration disparue vers le 10e jour. Les selles redeviennent normales.

La gestation suit son cours. Accouchement à terme d'un enfant bien constitué pesant 3 kg. 500. Délivrance normale.

Observation XVII.

(Brindeau et Jeannin, Société d'obstétrique, Paris, 1909.)

Femme enceinte de 3 mois, qui est prise d'une crise abdominale très douloureuse. Pouls reste à 80. Température 37°. Quelques vomissements.

Facies touché, mais pas franchement péritonéal.

Laparotomie. Péritonite généralisée. Appendice perforé à son extrémité, profondément situé dans le Douglas. Pus à ce niveau. Mort 6 jours après l'opération.

CONCLUSIONS

I. L'appendicite pelvienne est une maladie assez fréquente, toujours grave et d'un diagnostic très délicat chez la femme.

II. On en trouve chez l'enfant autant de cas, peut-être même davantage.

III. Chez l'enfant comme chez l'adulte, il faut lui considérer deux types : haut et bas, dont la fréquence, la symptomatologie et la difficulté de diagnostic sont différentes.

IV. Dans la forme basse, la plus fréquente et dont la symptomatologie est assez nette, le diagnostic doit être posé dès la crise.

V. Ce diagnostic repose sur la triade suivante :
1° Existence de signes généraux d'appendicite ;
2° Manque de signes locaux abdominaux ;
3° Existence de signes de pelvi-péritonite.

VI. Le toucher est d'une importance capitale pour l'établissement du diagnostic.

VII. La difficulté du diagnostic de la forme haute tient surtout à deux raisons :
1° Symptomatologie fruste et variable ;
2° Inaccessibilité du foyer infectieux à l'exploration par la palpation et surtout le toucher.

VIII. Des deux formes, la haute, moins fréquente, et aussi la plus redoutable.

IX. L'existence de formes cliniques dans lesquelles un symptôme prédomine en masquant les autres peut faire errer le diagnostic.

X. La coexistence fréquente d'affections génitales et d'appendicite augmente encore la difficulté de ce problème.

XI. Dans tous les cas fréquents où l'on se trouve en présence d'une collection dans le petit bassin, il faudra :

1° Toujours penser à la possibilité d'une appendicite ;

2° Si l'on a pensé à cette hypothèse, ne jamais l'éliminer complètement.

Vu :
Le Doyen,
Pierre MAURIAC.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. GUYOT

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 12 décembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Allaines (d'). — « L'appendicite pelvienne », XII[e] Congrès des Méd. de lang. franç. d'Amér. du Nord. *Presse médicale*, n° 99, 10 déc. 1932, p. 1864.

Alglave. — « Anatomie chirurgicale et comparée du segment iléo-cæcal chez l'adulte », *Bull. et Mém. de la soc. anat. de Paris*, 1907, p. 124.

— Thèses de Paris, 1904-1905.

Armstrong. — « Pelvic appendicite », *British Med. Journ.*, 1906-1907, p. 70.

Barnsby. — *Appendicite et salpingite*, Thèse Paris, 1898-1899.

Beauvais (Mlle). — *Coexistence d'hématocèle et d'appendicite*, thèse de Paris, 1925-1926.

Bénéton. — *Contribution à l'étude des appendicites pelviennes suppurées*, thèses de Paris, 1927.

Bérard et Patel. — « Traitement des appendicites pelviennes », *Rev. de gyn. et chir. abdom.*, 1903, p. 869.

Beuttner et **Siderey**. — « Etude sur les relations de l'appendice et des organes génitaux chez la femme », *Gyn. et Obst.*, Paris, 1923, p. 309.

Bobbio. — « Appendicite pelvienne à symptomatologie utéro-annexielle. Observation clinique », *Minerva Méd.*, 10 janvier 1927.

Brindeau et **Jeannin**. — « Appendicite gangréneuse à forme pelvienne chez la femme enceinte », *Soc. d'obst., Paris*, 1909, 22 avril, p. 456.

Broca. — « Abcès pelviens dans l'appendicite », *Bull. Méd.*, Paris, 1901, n° 52, p. 589.

Caillet. — *Complications vésicales au cours de l'appendicite*, thèses Paris, 1912-1913.

Chambard. — « L'appendicite en deux temps », *Arch. méd. chir. de province*, mars 1922, p. 111-114.

Chevalier. — *De l'appendicite pelvienne*, thèses de Paris, 1900-1901.

Chevassu. — « Etat infectieux prolongé de cause indéterminée; l'urétéro-pyélographie rétrograde montre qu'il est provoqué par une appendicite pelvienne méconnue », *Bull. et Mém. de soc. de chir.*, 28 octobre 1931.

Christidi. — « Appendicite pelvienne extra-péritonéale », *Revista de chir.*, Bucarest, nº 5-6, mai-juin 1933.

Coudray. — « A propos de l'appendicite pelvienne », *Rapport de Haller, soc. de chir. de Paris*, 19 nov. 1926.

Delbet. — *Des suppurations pelviennes chez la femme*, Steinhel, édit., 1891.

Dionis du Séjour. — « Percussion des épines iliaques, signe de diagnostic dans les affections abdominales », *Gaz. des Hôpit.*, 1911, p. 443.

Dormoy. — *Appendicite pelvienne*, thèses, Lyon, 1897-98.

Duvergey. — « Diagnostic des tuberculoses pelviennes », *Journ. Méd. franç.*, 1923, p. 293.

Esnault. — *Contribution à l'étude de l'appendicite entièrement à siège pelvien*, thèses Paris, 1911.

Fesq. — *Grossesse extra-utérine et appendicite*, thèses Paris, 1911.

Genty. — « La leucocytose dans l'appendicite », *La clinique*, 29 juillet 1910.

— Thèses Paris, 1911.

Giraud. — « Notions sur l'appendicite pelvienne », *Actualités méd. chir. Fac. de Marseille*, mars 1933, p. 265-280.

Green-Cumstom. — « Rapports entre appendicites et annexites droites »,, *Revue franç. gyn. et obst.*, mars 1933, p. 178.

Groom (R. I.). — « A cute appendicitis with pain in the bladder as the predominating symptom., *Colorado. Med.*, 1924, p. 34-38.

Guinard. — « Abcès pelvien d'origine appendiculaire », *Journ. des Praticiens*, 1910 11, p. 449.

Hammel. — « The relation of appendix to intra-pelvie disease in women », *Surgery and obst.*, 1920.

Heitz-Boyer. — « Appendicite pelvienne latente », *Bull. Méd.*, 1924, p. 723.

Ingeirans. — « L'appendicite pelvienne », *Echo Méd. du Nord*, 25 mai 1928.

Jaisson. — « Diagnostic radiologique de l'appendicite pelvienne chez la femme », *Revue méd. de l'Est*, p. 1921, p. 374.

Jalaguier. — « Appendicite pelvienne », *Traité de chir.* t. IV, p. 662.

Jay. — *Abcès pelviens au cours d'appendicites aiguës*, thèses Paris, 1921-1922.

Jeanneney et **Piéchaud**. — « Pouls lent abdominal et morphine ». « De l'emploi de la morphine dans le diagnostic des affections abdominales aiguës », *Bull. et Mém. de la soc. de chir.*, 2 déc. 1925.

Labry. — « Appendicite pelvienne gauche », *Lyon Méd.*, 1925, p. 433.

Lance. — « Appendicite pelvienne gauche sans inversion de viscères », *Bull. soc. anat.*, novembre 1890.

Le Filliâtre. — « Forme viscérale de l'appendicite », *Soc. anat.*, Paris, 1900, p. 626.

— « Appendicite et grossesse extra-utérine », *Journal méd.*, Paris, 1925, p. 140.

Legry et **Bigot**. — « Abcès du foie consécutif à une pelvi-péritonite appendiculaire », *Soc. anat.*, mars 1922.

Leven. — « Les erreurs de diagnostic dans l'appendicite », *La Clinique*, 2 juin 1911, p. 338.

Magniez. — *Evolution et pronostic de l'appendicite pelvienne*, thèse Paris, 1903-04.

Marcus. — « Appendicites et salpingites aiguës », *The Lancet*, 1922, p. 813.

Mauraire. — « Appendicite perforante avec phlegmon rétro-vésical », *Bull. de la soc. anat.*, novembre 1906.

Mayet. — « Formes cliniques de l'appendicite chez l'enfant », *Journ. des Prat.*, novembre 1925, p. 721.

Montagnier. — « L'appendicite pelvienne aiguë », *Cahiers de Prat. Méd. chir.*, n° 1, 1934, p. 136.

— *Appendicite pelvienne*, thèse Montpellier, 1931.

Mornard. — « Appendicite pelvienne », *Paris chirurg.*, 1926, p. 156.

Nard. — « Diagnostic des hématocèles », *Soc. de gyn. et obst. de Bordeaux*, novembre 1922.

Pasteau. — « Appendicite pelvienne », *Bull. soc. anat.*, avril 1897.

Pauchet. — « De l'appendicite pelvienne », *Bull. Méd.*, 1904 p. 179.

— « Les appendicites méconnues et l'appendicite pelvienne », *Bull. Méd.*, 1914.

Pellet. — *Coexistence de l'appendicite et grossesse extra-utérine*, thèse Lyon, 1908.

Perreaux. — *Appendicite pelvienne infantile*, thèse Bordeaux, 1907-08.

Péry-Rocher. — « Appendicite pelvienne suppurée et grossesse », *Soc. obst. et gyn.*,Bordeaux, 8 février 1921.

Pissavy. — « Appendicite pelvienne », *La Clinique*, 1909, p. 101.

Planson. — « Ponction exploratrice du cul-de-sac de Douglas », *Vie médic.*, 1921, p. 1459.

Richard. — *Contribution à l'étude de l'appendicite pelvienne*, thèse Toulouse, 1910-1911.

Rivierez. — *Rupture d'uhe grossesse tubaire à forme appendiculaire*, thèse Paris, 1926.

Rocher. — « Appendicites infantiles à formes pelviennes et ilio-pelviennes », *Arch. gén. Méd.*, 27 février 1916.

Santy. — « Gangrène du membre inférieur au cours d'une appendicite pelvienne », *Lyon chir.*, novembre 1923, p. 219.

— « Pronostic et traitement des appendicites pelviennes », *Soc. de chir.*, Lyon, 10 juin 1926.

— « De la prétendue bénignité des appendicites prlviennes », *Lyon Médical*, 1926, XXIII, p. 646.

Sénéchal. — *Contribution à l'étude de l'abcès pelvien appendiculaire*, thèse Paris, 1908-09.

Soupault et **Seillé**. — « L'appendicite pelvienne », *Revue de chir.*, 1b30, n° 68, p. 176-205.

Tixier et **Stéphani**. — « Appendicite pelvienne simulant un cancer du rectum », *Lyon Chir.*, 909, p. 343.

Veau. — « Appendicite pelvienne », *Traitement des maladies de l'enfance*, *Hutinel*, t. V.

Walther. — « Abcès appendiculaire pelvien », *Bull. soc. chir.*, Paris, 22 mai 1907.

Weill (Mlle). — *Les points douloureux abdominaux et les erreurs de diagnostic qu'ils comportent*, thèse Paris, 1911-12.

Bordeaux. — Imprimerie Bière, 18, rue du Peugue. — 1934.